Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2012-2013

Le CSSS de La Matapédia s'engage à devenir un chef de file en matière de santé et de services sociaux, tourné vers l'avenir, axé vers une organisation réseau efficiente, apprenante, performante et efficace au service du mieux-être et de l'amélioration de l'état de santé de la population Matapédienne

Pour vous et avec vous

Document adopté par le conseil d'administration
du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia
le 25 juin 2013

TABLE DES MATIÈRES

1. Message du directeur général et du président du conseil d'administration 7

2. Déclaration de fiabilité et rapport de la direction en regard des états Financiers 10

Rapport de la direction en regard des états financiers de l'établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 11

3. Portrait territorial, populationnel et socio-sanitaire

3.1 Territoire desservi et caractéristiques de la population 13
3.2 Portrait socio-sanitaire de la population matapédienne
3.2.1 État de santé de la population 14
3.2.2 Déterminants de la santé 14
3.2.3 Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse 15
3.2.4 Données sur les problèmes de santé et maladies chroniques 16
3.2.5 Santé mentale et santé physique 17
3.2.6 Personnes âgées 18

4. Portrait de l'organisation

4.1 Description des missions et des installations 20
4.2 Cadre de référence organisationnel 22
4.3 Structure de l'organisation 24
4.4 Composition de l'équipe de direction 25
4.5 Portrait des ressources humaines 26
4.6 Équipe de bénévoles 27

5. Activités de l'établissement

5.1 Bilan des réalisations au 31 mars 2013 : positionnement stratégique 2010-2015 29
5.2 Tableau de bord des ententes de gestion pour l'année 2012-2013 56
5.3 Bilan annuel des faits saillants par direction
5.3.1 Direction de l'administration desprogrammes
5.3.1.1 Santé physique 70
5.3.1.2 Soutien à domicile 70
5.3.1.3 Laboratoire 71
5.3.1.4 Soins de longue durée 71
5.3.1.5 Jeunesse, enfance, famille et santé mentale 71
5.3.1.6 Réadaptation 72
5.3.1.7 Maladies chroniques 72
5.3.1.8 Nutrition 72
5.3.1.9 Groupe de médecine familiale 73
5.3.1.10 Services administratifs et archives 73

5. Activités de l'établissement (suite)

5.3.2 Direction des services professionnels et hospitaliers
5.3.2.1 Faits saillants de la direction 73
5.3.2.2 Faits saillants de l'imagerie médicale 73
5.3.2.3 Faits saillants du service d'électrophysiologie 73
5.3.3 Direction des soins infirmiers et de la santé publique
5.3.3.1 Soins infirmiers 74
5.3.3.2 Prévention des infections 74
5.3.3.3 Santé publique 75
5.3.4 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel 76
5.3.5 Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles 77
5.3.6 Direction de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
5.3.6.1Qualité 77
5.3.6.2Gestion intégrée des risques 78
5.3.6.3Optimisation 78

6. Mécanismes de diffusion de l'information à la population 79

7. Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

7.1 Conseil d'administration
7.1.1 Liste des membres au 31 mars 2013 81
7.2 CECII
7.2.1 Liste des membres au 31 mars 2013 82
7.2.2 Les faits saillants issus du rapport annuel 82
7.3 CMDP
7.3.1 Liste des membres au 31 mars 2013 85
7.3.2 Les faits saillants 87
7.3.2.1 Les effectifs médicaux en omnipratique 87
7.3.2.2 Les effectifs médicaux en spécialités 88
7.3.2.3 Les effectifs médicaux en pharmacie 89
7.3.2.4 Les activités médico-administratives 89
7.3.2.5 Les activités d'éducation médicale continue 90
7.3.2.6 Les activités d'enseignement 90
7.3.3 Plan de travail pour l'année 2013-2014 90
7.3.3.1 En spécialités 90
7.3.3.2 En omnipratique 91
7.3.4 Activités des différents comités du CMDP
7.3.4.1 Comité exécutif du CMDP 92
7.3.4.2 Comité d'examen des titres 93
7.3.4.3 Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique 94
7.3.4.4 Comité de pharmacologie 94
7.3.4.5 Comité multidisciplinaire de traumatologie 94
7.3.4.6 Département de médecine générale 95

7. Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (suite)

7.3.4.7 Département de chirurgie et d'anesthésie 96
7.3.4.8 Service d'obstétrique 96
7.3.4.9 Assemblée générale 97
7.3.4.10 Les services d'urgence et de soins intensifs 98
7.4 Conseil multidisciplinaire
7.4.1 Liste des membres au 31 mars 2013 99
7.4.2 Faits saillants issus du rapport annuel 99
7.5 Comité de vigilance et de la qualité
7.5.1 Liste des membres au 31 mars 2013 101
7.5.2 Faits saillants issus du rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services 102
7.5.2.1 Motifs de plaintes 106
7.5.2.2 Recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services 106
7.6 Comité des usagers et comité des résidents
7.6.1 Liste des membres au 31 mars 2013 107
7.6.2 Faits saillants issus du rapport annuel 107
7.7 Comité de gestion des risques
7.7.1 Liste des membres au 31 mars 2013 110
7.7.2 Nombre d'événements par période 110
7.7.3 Nombre d'événements par type par période 110
7.7.4 Nombre d'événements par type par gravité 111
7.7.5 Accidents-incidents de médicaments par service 113
7.7.6 Accidents-incidents de chutes par service 114
7.7.7 Type d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique 115
7.8 Comité de gouvernance et d'éthique du Conseil d'administration 116

8. États financiers résumés

8.1 Rapport de l'auditeur indépendant 118
8.2 États des résultats 120
8.3 États des surplus (déficits) cumulés tous les fonds 121
8.4 État de la situation financière 122
8.5 État de la variation des actifs financiers nets 123
8.6 État des flux de trésorerie 124
8.7 Les notes aux états financiers 126

9. État de suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 138

Information relative au code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

Le 25 juin 2013

Madame Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
Agence de la santé et des services sociaux
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8

Madame la présidente-directrice générale,

Conformément aux dispositions de l'article 278 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel de gestion du CSSS de La Matapédia pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

Devant œuvrer dans un contexte de rareté de ressources de plus en plus contraignant, l'exercice financier 2012-2013 aura été marqué principalement par une importante démarche d'optimisation organisationnelle et de recherche de gains d'efficience permettant d'assurer la pérennité d'une offre de service sécuritaire et de qualité à notre population et le respect de l'équilibre budgétaire.

Cette démarche mobilisatrice, inspirée par les objectifs découlant du Positionnement stratégique 2010-2015 du CSSS de La Matapédia, a permis d'identifier et de mettre en œuvre des mesures structurantes générant des économies récurrentes très appréciables et importantes sous la gouverne d'une équipe interne d'optimisation. Une plus grande accessibilité à nos services, une offre de service sécuritaire et de qualité en évolution, un niveau de productivité amélioré et soutenu, des révisions de processus de travail simplifiés sont quelques exemples de résultats de cette démarche.

Nous avons poursuivi et assuré, cette année, une surveillance constante et une grande rigueur dans le respect des consignes reliées à la prévention des infections et avons observé des résultats comparables aux normes établis pour un établissement comme le nôtre.

Les résultats observés en 2012-2013 relativement aux cibles de gestion attendues démontrent un degré d'atteinte des indicateurs retenus dans une proportion de plus de 90 %. Ce résultat confirme notre volonté et notre engagement à mettre en place les efforts requis permettant d'améliorer l'accessibilité à nos services.

Au cours de l'année 2012-2013, nous avons constaté une diminution de 5 % des incidents et accidents et travaillons activement au développement d'une culture de qualité et d'excellence.

D'autre part, l'arrivée de nouveaux membres au sein de notre conseil d'administration et l'élection d'une nouvelle présidente ont amené un style de gouvernance diversifié et toujours orienté vers les mêmes objectifs, soit celui de gérer avec la plus grande efficacité possible les ressources mises à la disposition de notre établissement et d'assumer avec brio la responsabilité et l'imputabilité populationnelle à l'égard de notre clientèle.

La force du réseau local de services et des partenaires intersectoriels de La Matapédia aura permis encore cette année la réalisation de nombreux projets axés vers l'amélioration de la santé et le mieux-être de notre collectivité.

En effet, il est de plus en plus possible de : Naître, Grandir et de Vieillir en santé dans La Matapédia. Pour assurer le succès de ces travaux, nous avons pu compter sur l'expertise et le support de l'IPCDC, de l'INSPQ et de l'engagement de nos partenaires.

Ces travaux auront inspiré l'élaboration du Plan d'action local en santé publique qui vise la mise en place d'actions de promotion et de prévention pour la clientèle de 0 à 100 ans. La réalisation de ce plan d'action local aura nécessité un effort d'intégration et de mobilisation important afin d'éviter les duplications et chevauchements à l'intérieur du continuum de services.

Nous ne pouvons parler de l'année 2012-2013 sans aborder, malheureusement, la situation de plus en plus précaire des effectifs médicaux en omnipratique au sein de notre établissement. Au cours de l'été 2012, 4 médecins omnipraticiens ont quitté l'établissement pour travailler dans d'autres régions du Québec. Ces départs représentent 15 % du plan d'effectifs autorisé. Malgré tous les efforts de recrutement déployés, il y a peu d'espoir de combler à court terme ces pertes. Cette situation entraîne des difficultés et des délais dans la prise en charge de la clientèle orpheline et amène une surcharge professionnelle aux médecins demeurant sur place.

Afin d'assurer les services médicaux requis à l'urgence, à l'hospitalisation, en obstétrique et en soins de longue durée, nous avons recours au système de dépannage.

Pour atténuer les impacts découlant des départs des médecins, nous avons eu la chance de recruter une infirmière spécialisée en soins de première ligne (IPS) qui a débuté ses fonctions au mois d'août 2012. L'arrivée de cette nouvelle ressource contribuera à soulager quelque peu la pression sur le travail exigé des médecins.

L'année 2012-2013 aura été marquée également par la réalisation des travaux préparatoires requis dans le cadre de la démarche d'agrément qui se terminera par la visite d'une équipe d'experts en septembre prochain. Cet important exercice de conformité s'inscrit dans le processus d'amélioration continue de qualité de notre CSSS.

En plus des principaux évènements identifiés précédemment, il est important de mentionner les éléments suivants qui ont aussi marqué l'exercice 2012-2013 :

- la réalisation des travaux visant l'optimisation des services alimentaires et la mise en place d'un nouveau mode de production centralisé, permettant de mieux répondre aux besoins de notre clientèle ;
- les efforts de recrutement en matière de ressources humaines ;
- la réalisation des festivités entourant le 50e anniversaire de l'Hôpital d'Amqui ;
- la réalisation de plusieurs projets d'optimisation selon une approche Lean.

Au cours du prochain exercice, nos travaux porteront principalement sur :

- la mise en œuvre du plan d'action 2013-2014 découlant du positionnent stratégique 2010-2015 du CSSS de La Matapédia ;
- la poursuite du plan d'optimisation et d'efficience organisationnelle ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services offerts à notre clientèle ;
- l'actualisation de l'an 1 du Plan d'action local en santé publique ;
- la conclusion d'ententes de partenariat visant la mise en commun d'activités administratives avec les établissements de santé du Bas-St-Laurent ;
- les efforts de recrutement des médecins et professionnels de l'établissement ;
- le maintien et l'amélioration du climat de travail.

En terminant, nous voudrions remercier sincèrement tous les intervenants impliqués dans notre organisation qui, jour après jour, s'investissent énergiquement auprès de notre population afin de leur offrir des services sécuritaires, humains et de grande qualité.

Nous vous souhaitons, Madame la présidente-directrice générale, une agréable lecture du rapport annuel de gestion 2012-2013 du CSSS de La Matapédia et vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments les plus distingués.

JEANNE D'ARC VOYER
Présidente du conseil d'administration
CSSS de La Matapédia
2012-2013

ALAIN PAQUET
Directeur général
CSSS de La Matapédia

Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2012-2013

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 du CSSS de La Matapédia :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Alain Paquet
Directeur général

RAPPORT DE LA DIRECTION EN REGARD DES ÉTATS FINANCIERS DE L'ÉTABLISSEMENT POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2013

Les états financiers du CSSS de La Matapédia ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de La Matapédia reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette, bureau d'Amqui, dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

ALAIN PAQUET
Directeur général

PIERRE D'ANJOU
Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles

PORTRAIT TERRITORIAL, POPULATIONNEL ET SOCIO-SANITAIRE

3. PORTRAIT TERRITORIAL, POPULATIONNEL ET SOCIO-SANITAIRE

3.1 Territoire desservi et caractéristiques de la population

Le CSSS de La Matapédia dessert toutes les clientèles qui requièrent des services de santé ou des services sociaux en provenance des dix- huit (18) municipalités qui forment le territoire de la MRC de La Matapédia. Ce territoire couvre une superficie totale de 5 375,03 km^2 et la densité d'occupation est de 3,4 habitants par kilomètre carré.

Les données provenant de *l'Institut de la statistique du Québec* indiquent pour l'année 2012 un nombre total de la population matapédienne évalué à 18 643 personnes.

Voici la répartition du nombre de personnes par groupe d'âge :

Population					
Groupe d'âge	MRC Matapédia (nombre)	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent (nombre	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
0- 9 ans	1 790	9,6	18 656	9,3	10,6
10-19 ans	1 943	10,4	19 493	9,7	10,6
20-64 ans	11 134	59,7	121 031	60,1	62,2
65-74 ans	2 083	11,2	23 574	11,7	9,4
75-84 ans	1 171	6,3	12 575	6,2	5,1
85 ans et plus	522	2,8	5 980	3,0	2,1
	18 643	100	201 309	100	100

D'ouest en est, les municipalités desservies par le CSSS de La Matapédia s'étendent de St-Damase à Routhierville. Pour ce qui est de l'axe nord-sud, les municipalités couvertes par le CSSS s'échelonnent de St-Vianney jusqu'à Lac-Humqui.

La ville d'Amqui compte plus de 6 500 habitants. Les municipalités de Causapscal et de Sayabec affichent respectivement une population de près de 2 400 et de près de 1 950 personnes, alors que trois autres municipalités, Lac-au-Saumon, St-Léon-le-Grand et Val-Brillant, comprennent entre 1 000 et 1 500 habitants. Ces villes et villages s'intègrent harmonieusement au paysage rural et verdoyant qui caractérise la Vallée de La Matapédia, auxquels se greffent douze (12) petites municipalités de moins de 500 habitants, distancées d'environ dix kilomètres les unes des autres.

3.2 Portait socio-sanitaire de la population matapédienne

3.2.1 État de santé de la population

Les points saillants de l'état de santé de la population matapédienne sont décrits dans le tableau qui suit selon certaines caractéristiques :

État de santé de la population (Réseau local de service)					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Espérance de vie à la naissance (ans) 2007-2009 [1]	79,6	-	81	-	81,1
Personnes souffrant d'obésité (IMC >= 30,0, 18 ans et plus) [1]	2 423	15,6	22 028	13,4	14,4
Personnes ayant une incapacité (tous âges) [2]	2 490	13,4	24 555	12,8	12,7

3.2.2 Déterminants de la santé

Les déterminants de l'état de santé pour la population matapédienne se présentent comme suit :

Déterminants de l'état de santé					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Indicateurs socioéconomiques					
Taux d'emploi (15 ans et plus) [2]	7 150	45,4	89 485	53,8	60,4
Niveau de scolarité – plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans) [2]					
• Aucun certificat, diplôme ou grade	2 805	26,7	24 410	21,9	17,1
• Diplôme d'études secondaires	2 160	20,6	22 165	19,9	21,1
• Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	2 825	26,9	25 665	23,0	18,1
• Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep	1 535	14,6	19 815	17,8	17,5
• Certificat, diplôme ou grade universitaire	1 170	11,1	19 465	17,5	26,2
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2009) [3]	-	9,5	-	6,9	9,8
Revenu personnel disponible (après impôts) en 2011[3]	20 374 $	-	22 345 $	-	25 646 $

Se référer à la page19 en ce qui concerne les notes indiquées

Déterminants de l'état de santé (suite)					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) [1]	5 389	34,7	55 727	33,9	32,8
Fumeurs réguliers et occasionnels [1]	3 510	20,9	38 620	22,1	24,4
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels) [1]	2 699	21,0	26 728	19,0	20,5

3.2.3 Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse

Les données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse pour la population matapédienne se présentent comme suit :

Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse						
Données		MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Périnatalité [5]						
Naissance de faible poids (< 2500 g)/naissances totales		7	4	96	5,1	5,7
Naissance prématurées (< 37 semaines)/naissances totales		13	7,5	134	7,1	7,2
Allaitement [6]						
Allaitement lors du séjour au service de maternité		-	81,6	-	85,3	-
Allaitement à la sortie du service de maternité		-	75,4	-	77,4	-
Jeunesse						
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans, cohorte de 2003-2004 chez les moins de 20 ans (Commission scolaire des Monts et Marées réseau public 2010) [7]		-	65,1	-	69,4	67,9
	Masculin	-	53,1		61,8	61,1
	Féminin	-	77,0		77,6	75,2
Protection de la jeunesse [8-9]						
	Signalements reçus / Total jeunes 0-17 ans	218	6,6	2 038	6,0	5,1
	Jeunes suivis à l'application des mesures/Total jeunes 0-17 ans	98	3	640	1,9	1,4

3.2.4 Données sur les problèmes de santé et les maladies chroniques

Les données sur les problèmes de santé et les maladies chroniques pour la population matapédienne se présentent comme suit :

Données sur les problèmes de santé et maladies chroniques					
Nouveaux cas de cancer (taux ajusté annuel moyen sur 100 000 hab.) [10]					
Données	MRC Matapédia (n)	MRC Matapédia / 100 000	Bas-St-Laurent (n)	Bas-St-Laurent /100 000	Au Québec /100 000
Indice du cancer du sein (2006-2008)	16	154,7	175	147,4	138,9
Indice du cancer du poumon (2006-2008)	30	128,4	227	94,4	95,5
Indice du cancer de la prostate (2006-2008)	11	*102,7	112	101,3	122,4
Indice du cancer colorectal (2006-2008)	14	59,4	183	75,3	69,7
Maladies chroniques					
Données	MRC Matapédia (n)	MRC Matapédia %	Bas-St-Laurent (n)	Bas-St-Laurent %	Au Québec %
Prévalence des maladies cardiaques [1]	1 120	*6,7	11 880	6,8	5,1
Prévalence du diabète (20 ans ou plus) [11]	1 239	6,8	12 446	6,3	7,6
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO [1]	780	*4,7	6 010	3,5	3,3

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

3.2.5 Santé mentale et santé physique

Les données relatives à la santé mentale et à la santé physique se présentent comme suit :

Données sur la santé mentale et la santé physique					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent	Province Québec
Santé mentale					
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général [1]	-	94,9 %	-	94,4 %	92,9 %
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : tentatives de suicide **(sur 100 000 hab.)** [12]	-	*102,3	-	59,6	29,5
Santé physique					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia %	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent %	Province Québec %
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale (2011-2012) [13]	20 584	1,1	169 709	0,8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, santé physique [12]	-	10,1	-	8,7	7,7
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 31/03/13) [14]	0	-	29	-	-
Personnes en attente d'hébergement en RI (au 31/03/13 [14]	3	-	62	-	-

*Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

3.2.6 Personnes âgées

Les données relatives aux personnes âgées dans la MRC de La Matapédia se présentent comme suit :

Données sur les personnes âgées					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Personnes de 65 ans et plus					
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs) [15]	2 524	71	22 951	58,6	44,6
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique des entreprises d'économie sociale [4]	428	11,3	4 425	10,5	-
Personnes vivant en ménages privés [2]	2 810	86,2	28 860	84,5	90,5
Personnes de 75 ans et plus					
Personnes vivant en ménages privés [2]	1 255	76,5	12 315	73,3	82,8
Mortalité prématurée chez les moins de 75 ans [16]					
Tumeurs (moyenne pour 2007 à 2009)	27	39,1	286	44,8	45,2
Appareil circulatoire (moyenne pour 2007 à 2009)	15	21,7	120	18,8	19,5
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2007 à 2009)	7	10,1	42	6,6	5,2

[1] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)

[2] Statistique Canada, Recensement de 2006

[3] Institut de la statistique du Québec

[4] Rapports d'activité des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-St-Laurent, 2009-2010

[5] MSSS, Fichier des naissances 2010 (2008-2010 : indice synt. de fécondité)

[6] ASSS-Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en périnatalité 2011-2012

[7] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par CS de 2010

[8] Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2011-2012

[9] Association des Centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2011-2012

[10] MSSS, Fichier des tumeurs, 2006 à 2008

[11] Institut national de santé publique du Québec, données 2008-2009

[12] MSSS, Fichier Med-Echo, 2011-2012

[13] Rapport statistique AS-478, 2011-2012

[14]Système "Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion" (IMAGES)

[15] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2011

[16] MSSS, Fichier des décès, 2005-2009 (espérance de vie 2007-2009)

4. PORTRAIT DE L'ORGANISATION

4.1 Description des missions et des installations

Le CSSS de La Matapédia regroupe les missions CLSC, CHSLD et CHSGS. Voici une brève description de ces trois missions légales, ainsi que des installations où s'actualisent ces missions.

- **Une mission de première ligne**

Par le biais des services offerts en CLSC, le CSSS offre en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

En exploitant un CLSC, le CSSS s'assure que les personnes qui requièrent de tels services, pour elles-mêmes ou pour leurs familles, soient rejointes, que leurs besoins soient évalués, que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail, ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Le CSSS de La Matapédia offre ses services de première ligne sur tout le territoire de La Matapédia où se déploient trois points de service, à Amqui, Causapscal et Sayabec, ainsi qu'un point de chute à St-Moïse.

- **Une mission d'hébergement et de soins de longue durée**

En dispensant des services d'hébergement et de soins de longue durée à la Résidence Marie-Anne Ouellet (RMAO) de Lac-au-Saumon, le CSSS de La Matapédia s'acquitte de cette mission légale en offrant de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux, aux adultes et personnes âgées fragilisées, qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

La RMAO comprend 96 places, majoritairement vouées à l'hébergement permanent. Ce nombre inclut des lits réservés pour l'hébergement de transition, l'hébergement temporaire et des soins de fin de vie. Des places en réadaptation fonctionnelle sont également disponibles.

Par ailleurs, Le CSSS de La Matapédia compte sur son territoire quatre (4) ressources intermédiaires qui totalisent cinquante-six (56) places, toutes vouées à l'hébergement de personnes âgées.

- **Une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**

Le CSSS de La Matapédia remplit cette mission qui lui est dévolue en dispensant des services hospitaliers à l'Hôpital d'Amqui. On y compte 49 lits au permis, dont 38 lits de courte durée sont dressés et répartis de la façon suivante :

Médecine	19 lits
Chirurgie	3 lits
Obstétrique	3 lits
Gériatrie active	7 lits
Pédiatrie	1 lit
Soins palliatifs	2 lits
Soins intensifs	3 lits

L'Hôpital d'Amqui offre des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés aux personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que les besoins de ces personnes sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

4.2 Cadre de référence organisationnel

Pour favoriser l'intégration de ses missions, le CSSS de La Matapédia s'est doté d'un cadre de référence organisationnel qui définit entre autres la philosophie de gestion de l'organisation. Celle-ci estcentrée sur l'importance d'offrir un service de qualité etsécuritaire à la clientèle en fonction de ses besoins, des ressources disponibles et des meilleures pratiques cliniques où l'ensemble des intervenants œuvrent solidairement dans un environnement sain et stimulant. Chacun est entièrement responsable et imputable. Dans notre organisation, l'innovation et la créativité sont encouragées et se veulent un levier au développement des compétences distinctives organisationnelles.

Cette philosophie de gestion va de pair avec la définition des valeurs dominantes du CSSS de La Matapédia, telles qu'énoncées dans le code d'éthique de l'organisation qui a été adopté en mars 2009 par le conseil d'administration. Ces valeurs sont :

LE RESPECT

Nous définissons cette valeur comme un ensemble d'attitudes qui traduisent une volonté réelle de respecter les choix de vie et les valeurs d'une personne et de l'accompagner dans son expérience unique. Le respect se manifeste par l'acceptation de la personne dans sa globalité, c'est-à-dire en tenant compte de son environnement familial et social. Notre adhésion à la valeur fondamentale qu'est le respect va de pair avec une profonde conviction selon laquelle la personne est libre de ses choix et reste le premier maître d'œuvre de son existence.

LA COMPÉTENCE

L'intervenant fait preuve de compétence quand il comprend parfaitement le rôle qu'il doit jouer à l'intérieur de l'établissement et qu'il perçoit clairement les limites associées à ce rôle, de même que les règles qui régissent son champ d'intervention. Une conduite basée sur la compétence signifie que l'on se comporte avec professionnalisme en tout temps et en tout lieu.

L'intervenant compétent agit pour le bénéfice de la clientèle en cherchant à actualiser ses connaissances professionnelles et en visant l'excellence dans les actions et les gestes qu'il pose. Se percevant comme un maillon important de la chaîne de services offerts aux usagers et aux résidents, l'intervenant travaille avec compétence tout en reconnaissant la contribution des autres à cette chaîne de services.

LA QUALITÉ

Faire la bonne intervention au bon moment, pour la bonne personne et par la bonne personne, telle est notre définition d'un service de qualité. Selon cette conception, l'usager ou le résident est partie prenante des soins, des traitements et des services qu'il reçoit. L'implication du résident est essentielle à la prestation d'un service de qualité. C'est pourquoi nous considérons que la responsabilisation et la collaboration des usagers et des résidents sont des valeurs complémentaires à la qualité.

L'ENTRAIDE

Le partenariat avec la communauté se situe au cœur de notre pratique. Dans une volonté commune d'échanger des savoirs et des expertises au bénéfice de la population matapédienne, les intervenants des milieux institutionnels et communautaires interagissent pour promouvoir l'implication active de la population, le bénévolat et le soutien aux organismes d'entraide.

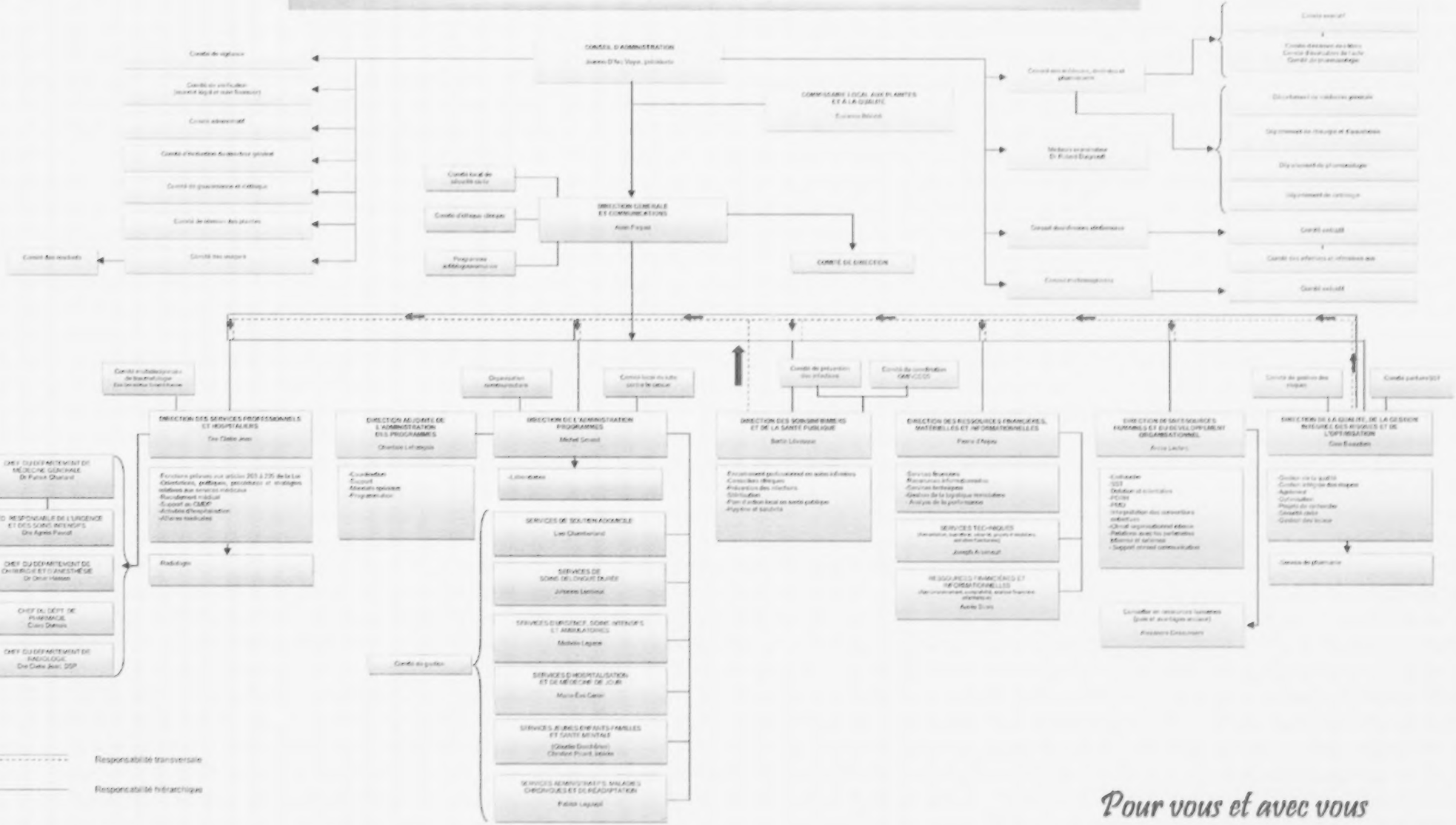
Les principes organisationnels en lien avec notre philosophie de gestion et nos valeurs sont les suivants :

- Une approche globale préventive et communautaire à la base de toutes nos interventions :
  - identifier les besoins de la personne;
  - évaluer son potentiel à assumer ses responsabilités;
  - l'amener à trouver des solutions à son problème;
  - l'aider à identifier les personnes significatives de son milieu;
  - rendre le service requis par son état;
  - l'orienter et l'accompagner vers les bonnes ressources;
- Une accessibilité aux soins et services de proximité, des plus légers aux plus lourds, répondant aux besoins, offerts par la bonne personne, au bon moment, au meilleur endroit et au moindre coût, de grande qualité, le tout en fonction de la masse critique et des ressources disponibles;
- Un engagement à la collaboration intersectorielle et une fluidité dans les soins et services offerts :
  - un continuum de soins et services concertés et réseautés intra et hors MRC;
- Une gestion participative, décentralisée, responsable et imputable :
  - des décisions prises le plus près possible de la personne en besoin d'aide;
- Une approche par programme comme moyen de mettre en place un réseau intégré de soins et de services :
  - une gestion par programme via une organisation structurée selon les types de clientèle plutôt que sur des fonctions de production. Une coordination, une intégration et une gestion des services établie en fonction des besoins de la clientèle;
- Une coresponsabilité clinique et administrative en regard de la responsabilité populationnelle;
- Une préoccupation constante de l'importance du capital humain de notre organisation :
  - maintenir une cohérence entre le discours et l'action;
  - assurer le développement adéquat des compétences de notre personnel;
  - assurer la relève qualifiée de notre main d'œuvre;
  - tendre vers le concept *employeur de choix.*

4.3 Structure de l'organisation au 31 mars 2013

Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia

Structure de l'organisation



Pour vous et avec vous

Adopté par le c.a. le 22 mai 2013
Mis à jour le 3 avril 2013

4.4 Composition de l'équipe de direction

Au 31 mars 2013 la composition de l'équipe de direction était la suivante :

Direction générale	
Paquet, Alain	Directeur général et responsable des communications
Cadres supérieurs	
Beaudoin, Gino	Directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
D'Anjou, Pierre	Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles
Jean, Dre Claire	Directrice des services professionnels
Leclerc, Annie	Directrice des ressources humaines et du développement organisationnel
Lefrançois, Chantale	Directrice adjointe de l'administration des programmes
Lévesque, Bertin	Directeur des soins infirmiers et de la santé publique
Simard, Michel	Directeur de l'administration des programmes
Cadres intermédiaires	
Chamberland, Lise	Chef des services de soutien à domicile
Caron, Marie-Ève	Chef des services d'hospitalisation et de médecine de jour
Lemieux, Johanne	Chef de secteur, services d'hébergement de longue durée
Desaulniers, Alexandre	Conseiller en ressources humaines
Deschenes, Claudie (Christine Picard –intérim)	Chef des services jeunesse-enfance-famille et santé mentale
Legoupil, Patrick	Chef des services administratifs, maladies chroniques et réadaptation
Arsenault, Joseph	Chef des services techniques et des installations
Lagacé, Michèle	Chef des services d'urgence, soins intensifs et ambulatoires
Sirois, Annie	Chef des ressources financières et informationnelles

4.5 Portrait des ressources humaines

En date du 31 mars 2013, notre plan d'effectifs était réparti comme suit :

Personnel cadre et hors cadre	
2012-2013	17
2011-2012	17
Personnel régulier	
2012-2013	227
2011-2012	229
Personnel non-détenteur de poste	
2012-2013	61
2011-2012	57
Personnel à temps partiel	
2012-2013	177
2011-2012	194

4.6 Équipe de bénévoles

Le CSSS de La Matapédia est fier de compter sur une équipe de bénévoles dévoués, principalement assignée à l'accompagnement des personnes âgées.

Les bénévoles du CSSS sont répartis comme suit:

Secteur d'intervention	Nombre de bénévoles
Centre de jour spécialisé (volet maintien)	7
Soins de longue durée	14
Pastorale (hôpital et RMAO)	20
Autres services	7

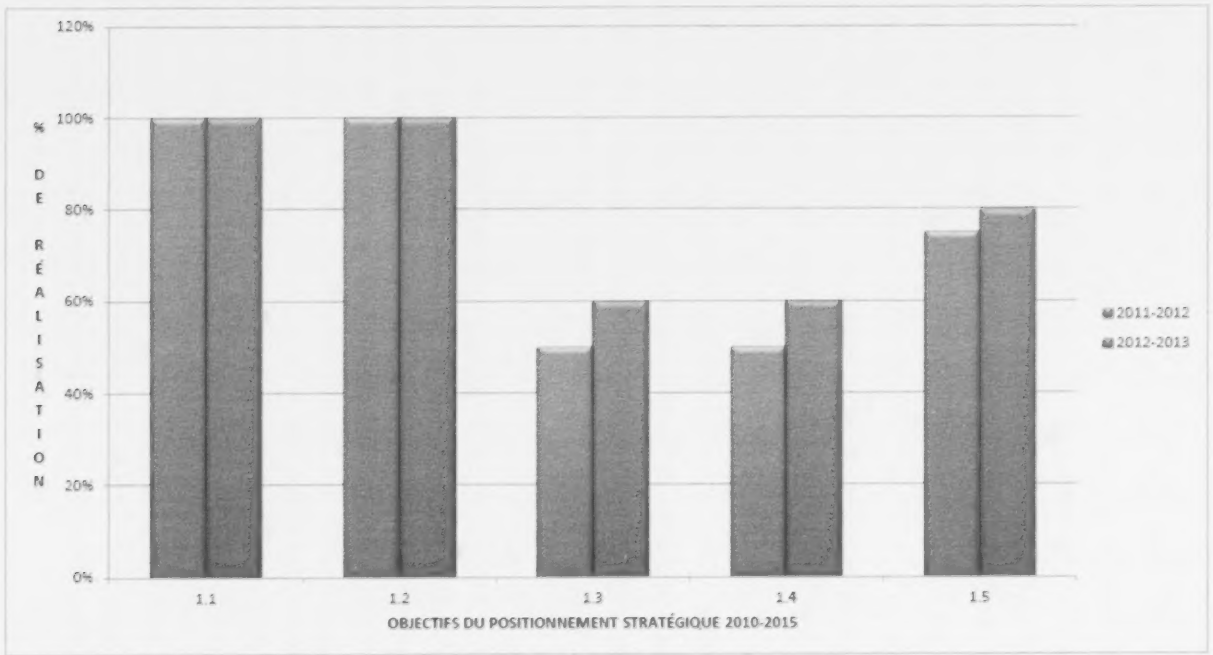
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1 Bilan des réalisations au 31 mars 2013 : Positionnement stratégique 2010-2015

Enjeu #1 : Survie de notre organisation et maintien du panier de service adapté aux besoins évolutifs de la population

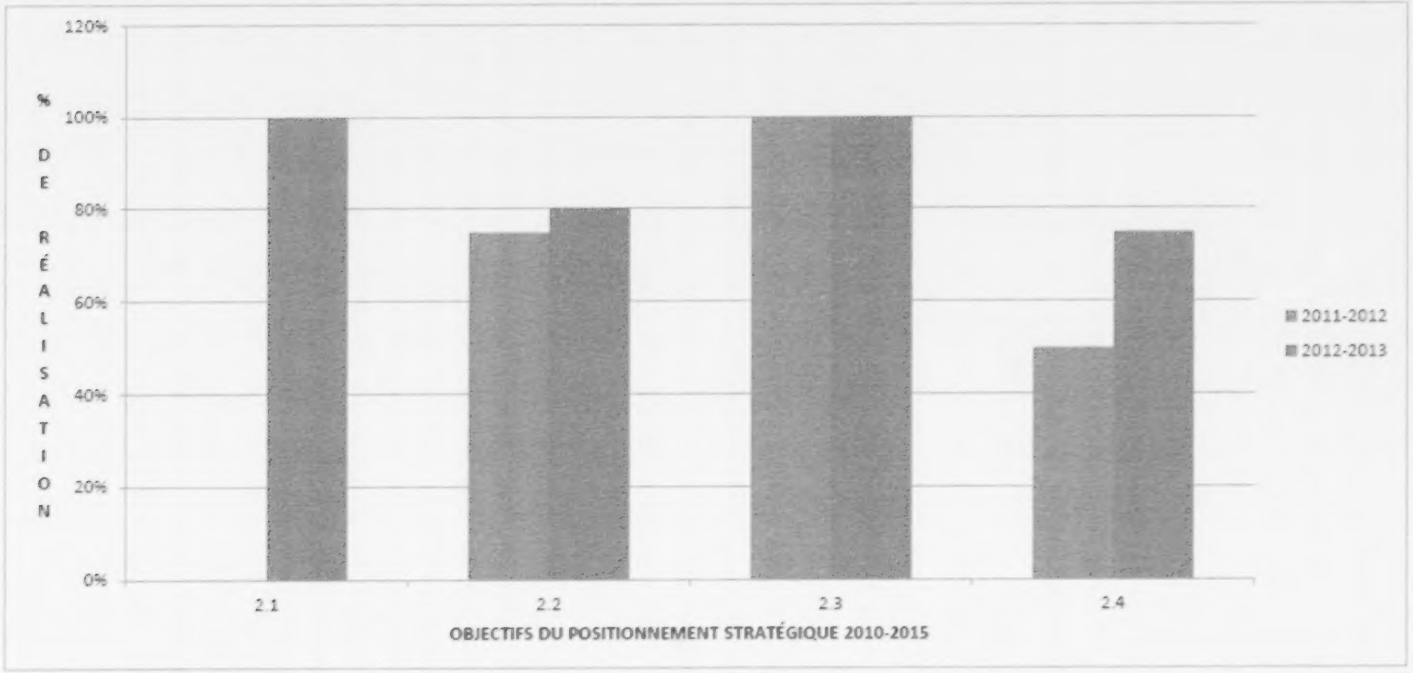
Orientation #1 : Mettre en place une stratégie organisationnelle permettant le maintien d'un panier de services adapté aux besoins évolutifs de notre population.



1.1 Effectuer une lecture détaillée des besoins de santé et de services sociaux de notre population
1.2 Rapatrier le maximum de services de santé et de services sociaux à être rendus sur place au CSSS de La Matapédia
1.3 Poursuivre le développement d'une culture de qualité et de sécurité dans la prestation de services
1.4 Assurer un niveau de performance optimale dans la prestation de services
1.5 Élaborer des ententes de services et des protocoles cliniques avec le CSSS Rimouski-Neigette

Enjeu #2 : L'attraction, la rétention, le développement et la contribution optimale du capital humain

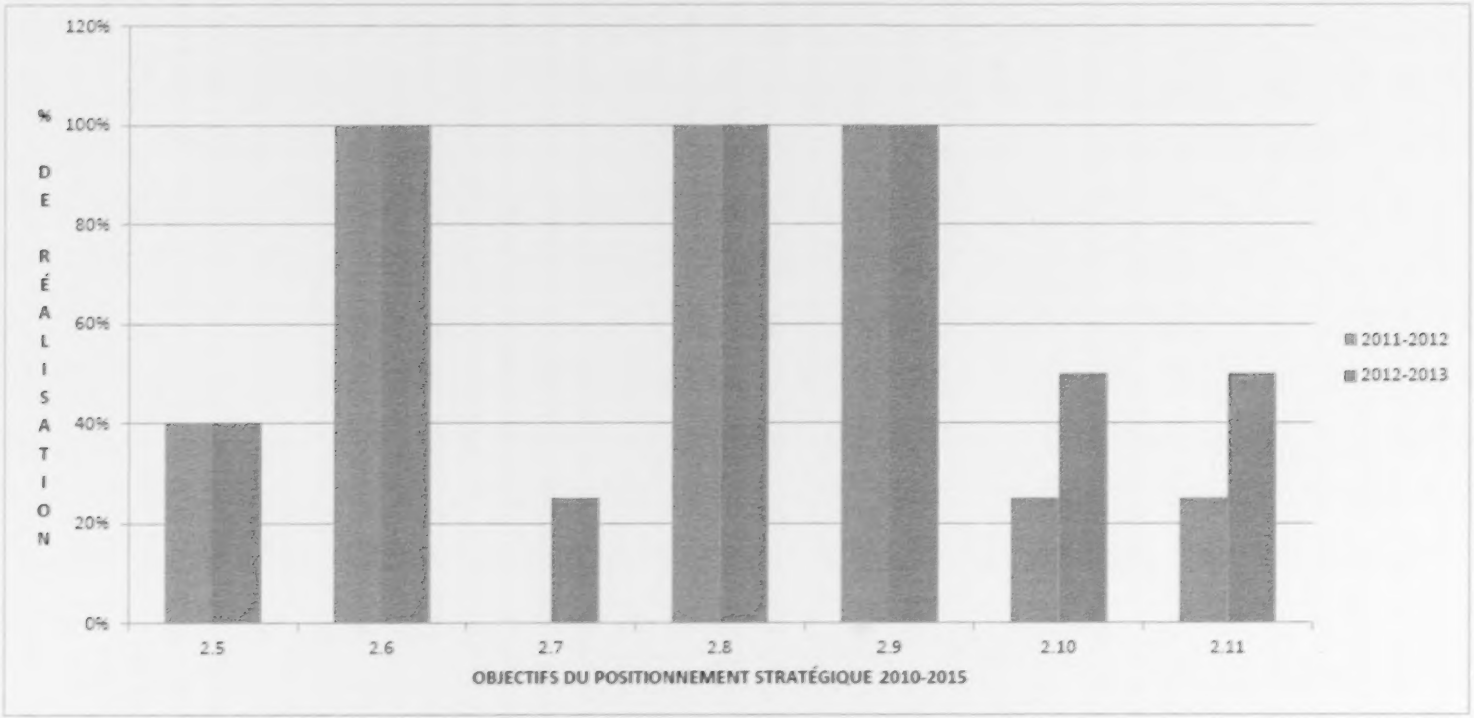
Orientation #2 : Mettre en place les conditions nécessaires pour assurer une disponibilité d'une main d'œuvre qualifiée permettant d'assurer la pérennité de nos services



2.1 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main d'oeuvre local afin d'obtenir un portrait réaliste de nos besoins
2.2 Revoir nos stratégies de recrutement en impliquant davantage les professionnels dans le processus
2.3 Favoriser l'implication des partenaires intersectoriels locaux dans le processus d'attraction et de rétention du capital humain
2.4 Favoriser le réseautage avec les CSSS de la région en matière de recrutement

Enjeu #2 : L'attraction, la rétention, le développement et la contribution optimale du capital humain

Orientation #3 : Offrir des conditions de travail et de pratiques attrayantes et valorisantes



2.5 Mettre en place des conditions de travail améliorant la conciliation travail-famille

2.6 Instaurer un programme de mentorat pour le personnel ayant peu d'expérience

2.7 Favoriser la mise en œuvre de mesures améliorant le climat de travail et la qualité de vie au travail en s'appuyant sur des modèles tels «Employeur de choix» ou autres

2.8 Mettre à la disposition du personnel des locaux et des lieux de travail adéquats et ergonomiques

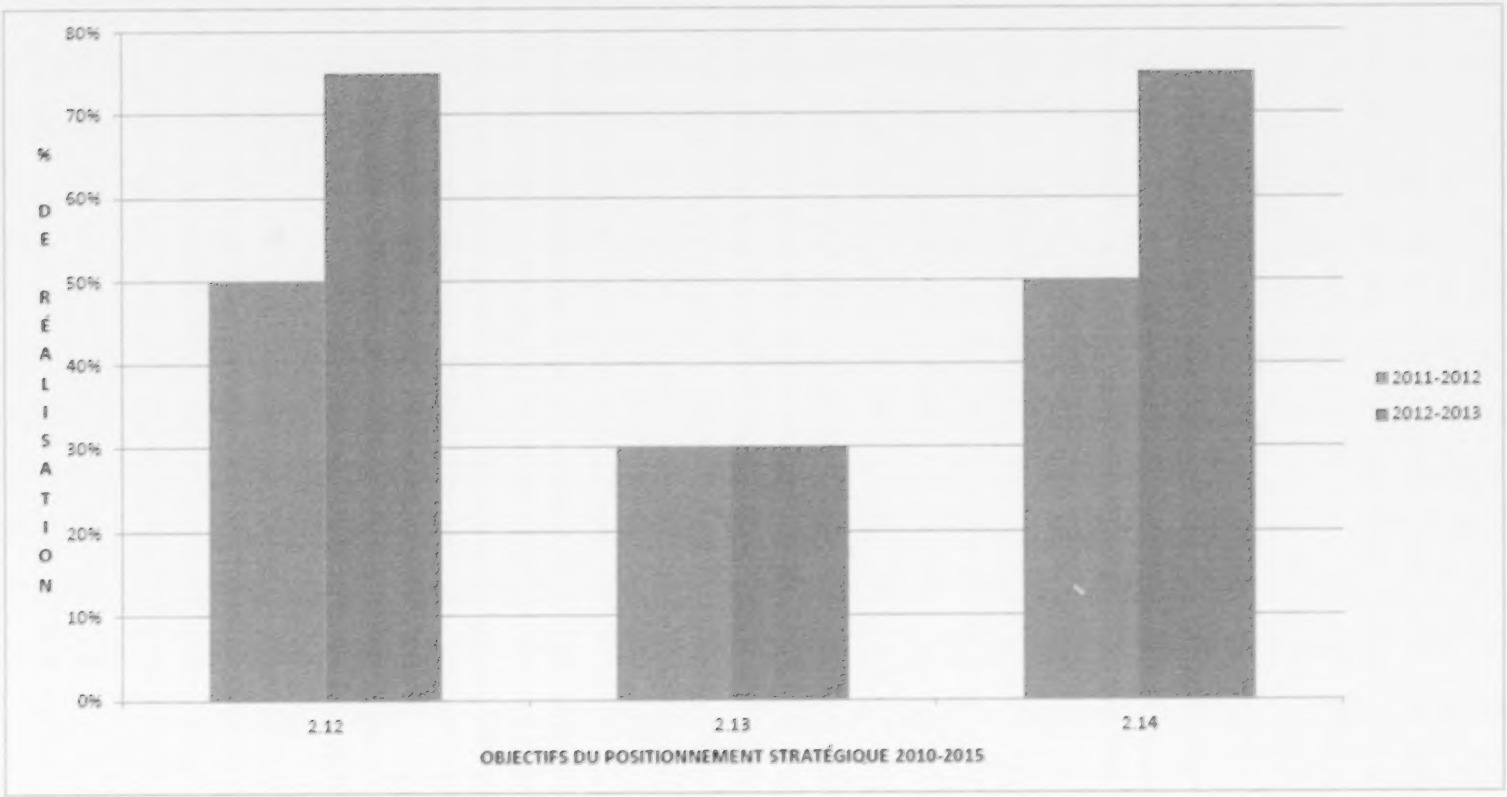
2.9 Mettre en place un programme d'accueil des nouveaux employés

2.10 Mettre en place les mécanismes nécessaires afin de diminuer le temps supplémentaire obligatoire

2.11 Assurer et garantir un plan de développement des compétences adapté aux besoins du professionnel

Enjeu #2 : L'attraction, la rétention, le développement et la contribution optimale du capital humain

Orientation #4 : Soutenir l'innovation et le développement des compétences



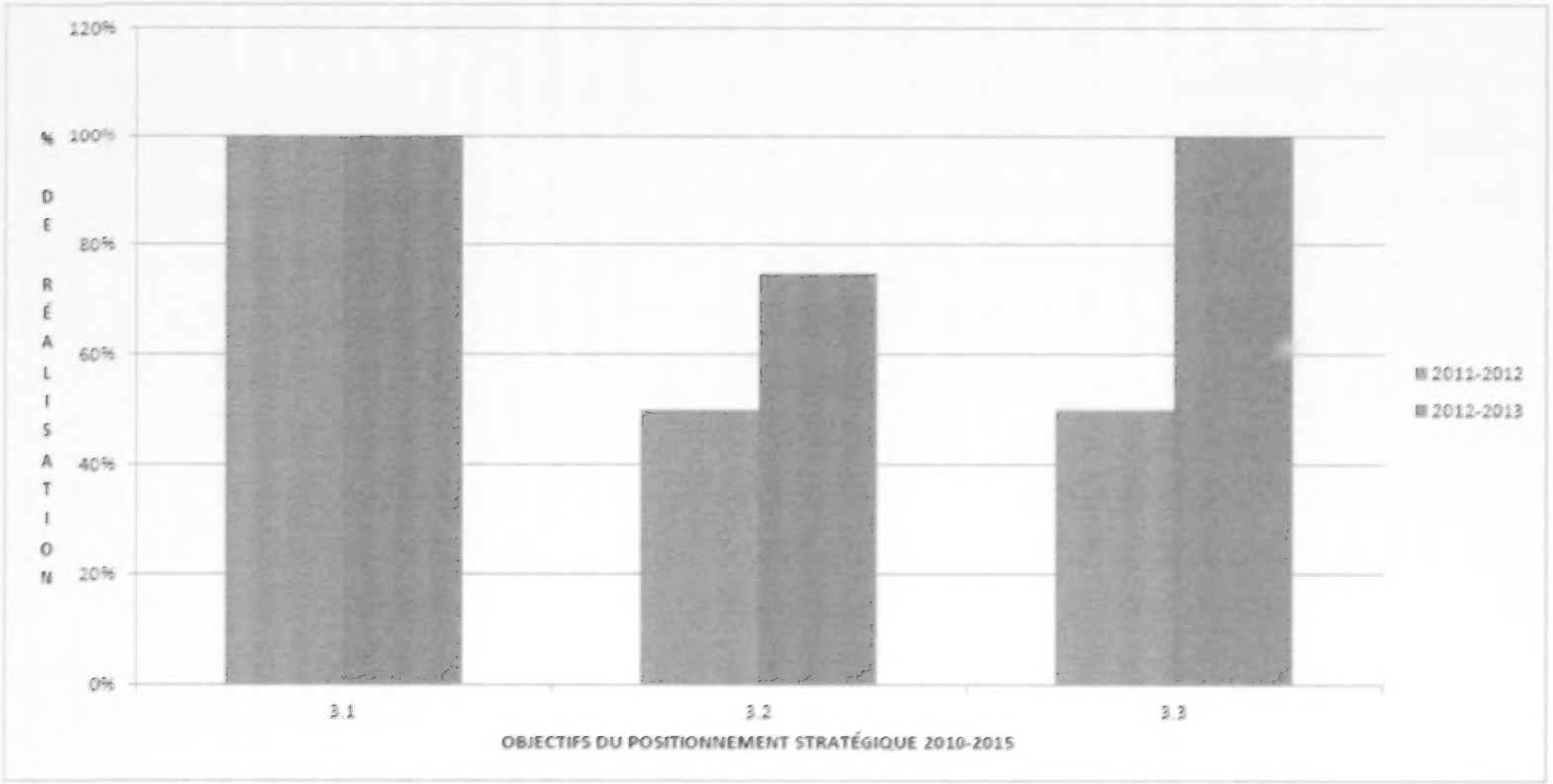
2.12 Poursuivre la révision des processus de travail en s'appuyant sur l'utilisation optimale des compétences du personnel à l'intérieur d'une approche paritaire

2.13 Favoriser l'utilisation des technologies en appui au processus de travail révisé

2.14 Créer des alliances avec les partenaires intersectoriels et sectoriels permettant d'optimiser le développement des compétences

Enjeu #3 : L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante et fragilisée

Orientation #5 : Rendre disponible une offre de service adaptée au besoin d'une population vieillissante et fragilisée



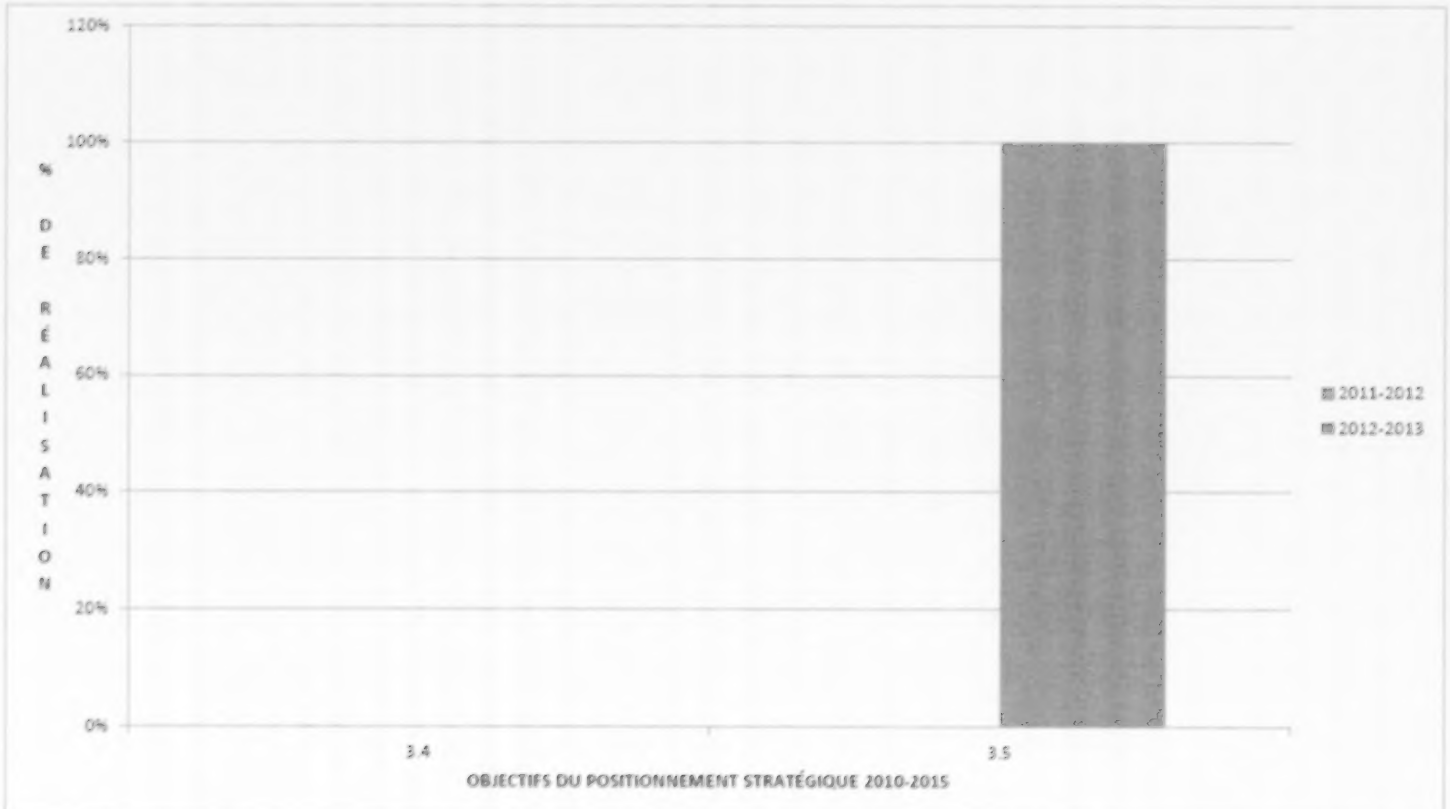
3.1 Procéder à une mise à niveau du projet clinique PPALV

3.2 Effectuer une évaluation des services offerts à domicile et mettre en place les correctifs requis le cas échéant

3.3 Identifier et documenter les besoins actuels et futurs en matière de santé et de services sociaux d'une population vieillissante et fragilisée dans notre territoire

Enjeu #3 : L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante et fragilisée

Orientation #6 : Assurer l'accessibilité et la qualité des services de base à notre population

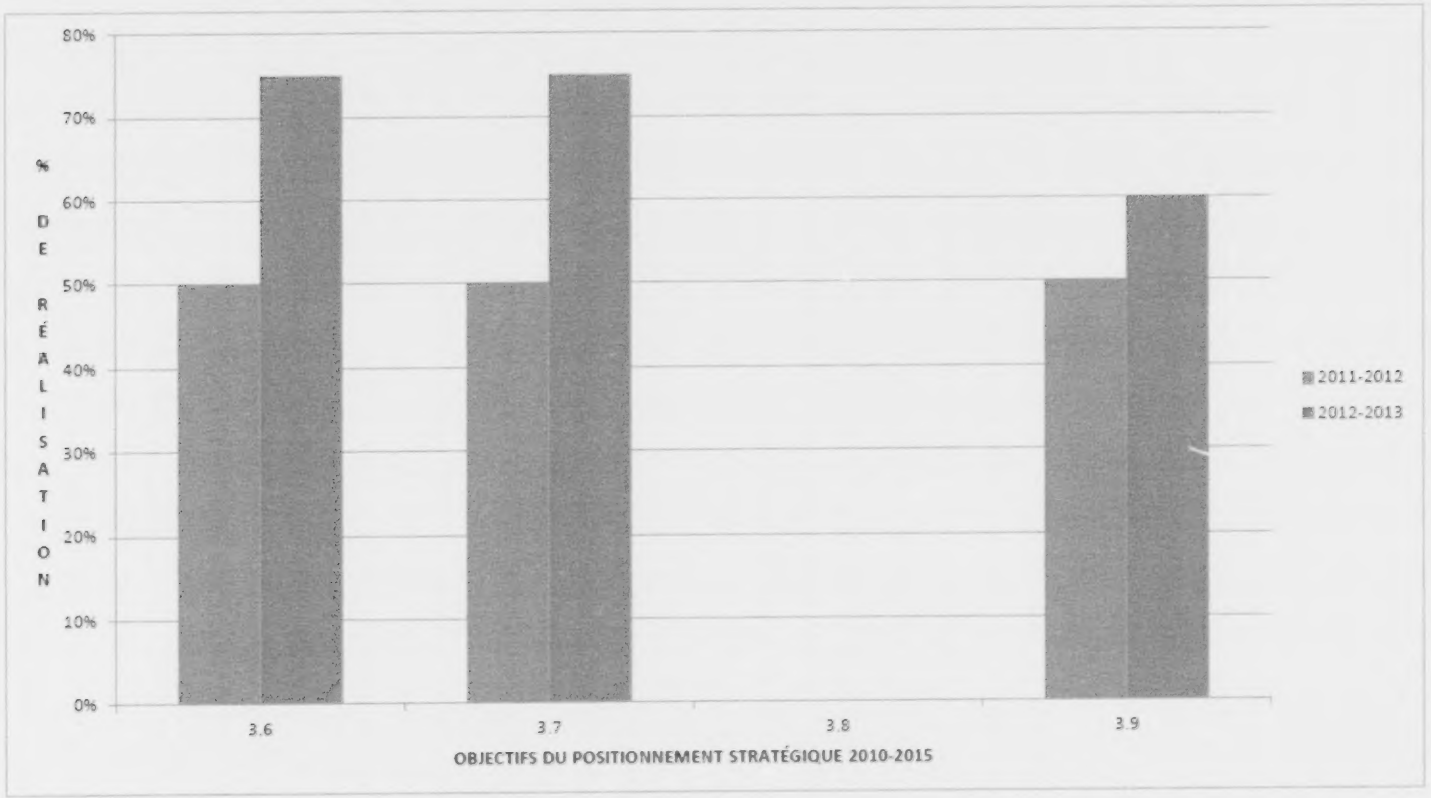


3.4 Mettre en place avec les partenaires intersectoriels un système de transport collectif facilitant l'accès aux services de santé et de services sociaux pour la clientèle vieillissante et ambulatoire selon un horaire flexible

3.5 Poursuivre le développement des services de proximité de base dans les secteurs Ouest et Est du territoire

Enjeu #3 : L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante et fragilisée

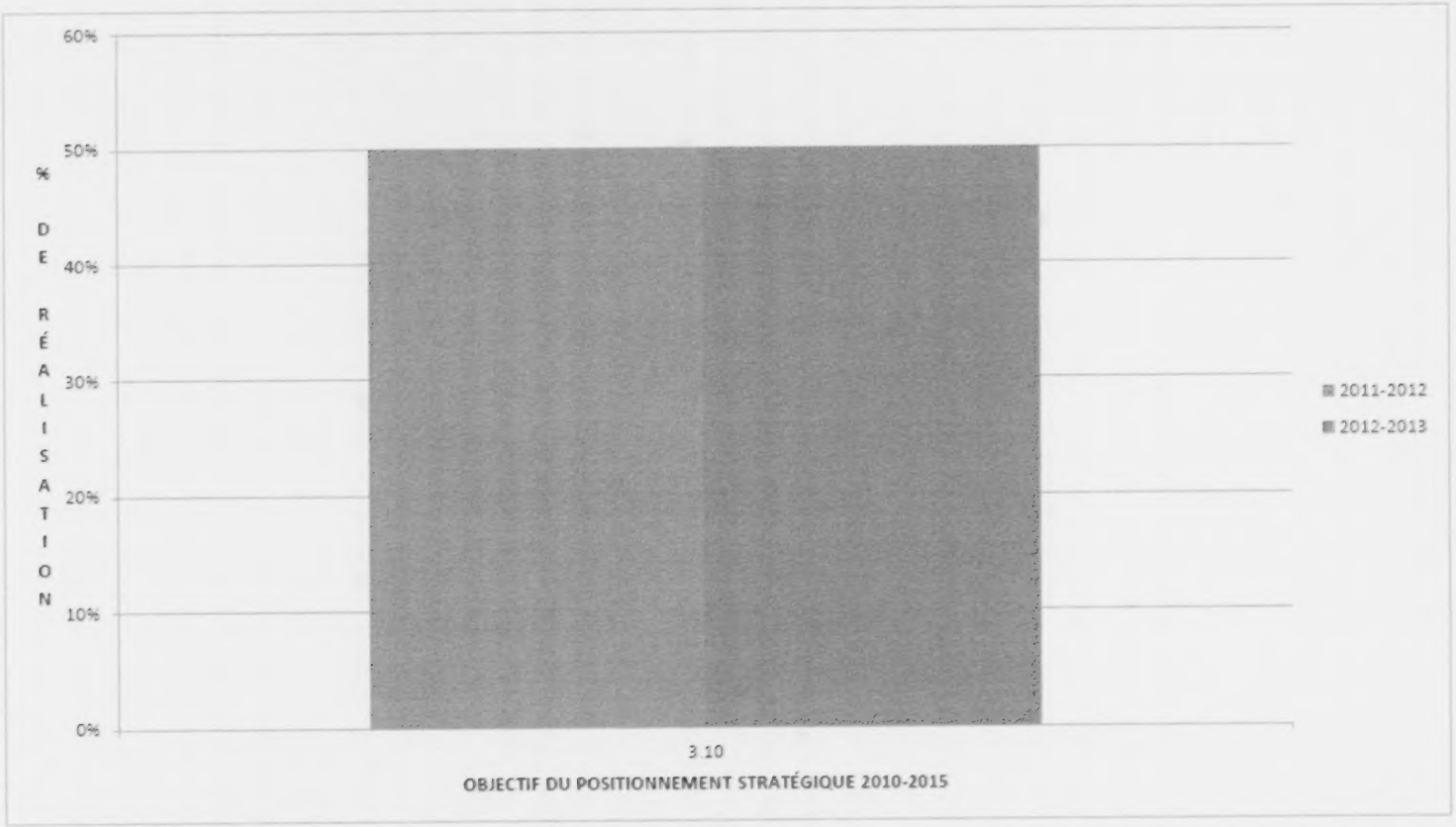
Orientation #7 : Développer une approche gériatrique en milieu hospitalier et en soutien à domicile



3.6 Mettre en place une approche gériatrique en milieu hospitalier à l'intérieur d'une approche clinique interdisciplinaire
3.7 Assurer le repérage et le suivi de la clientèle en perte d'autonomie à l'intérieur du continuum de services
3.8 Mettre en place une approche gériatrique en soutien à domicile
3.9 Assurer l'acquisition des compétences cliniques requises aux professionnels concernés

Enjeu #3 : L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante et fragilisée

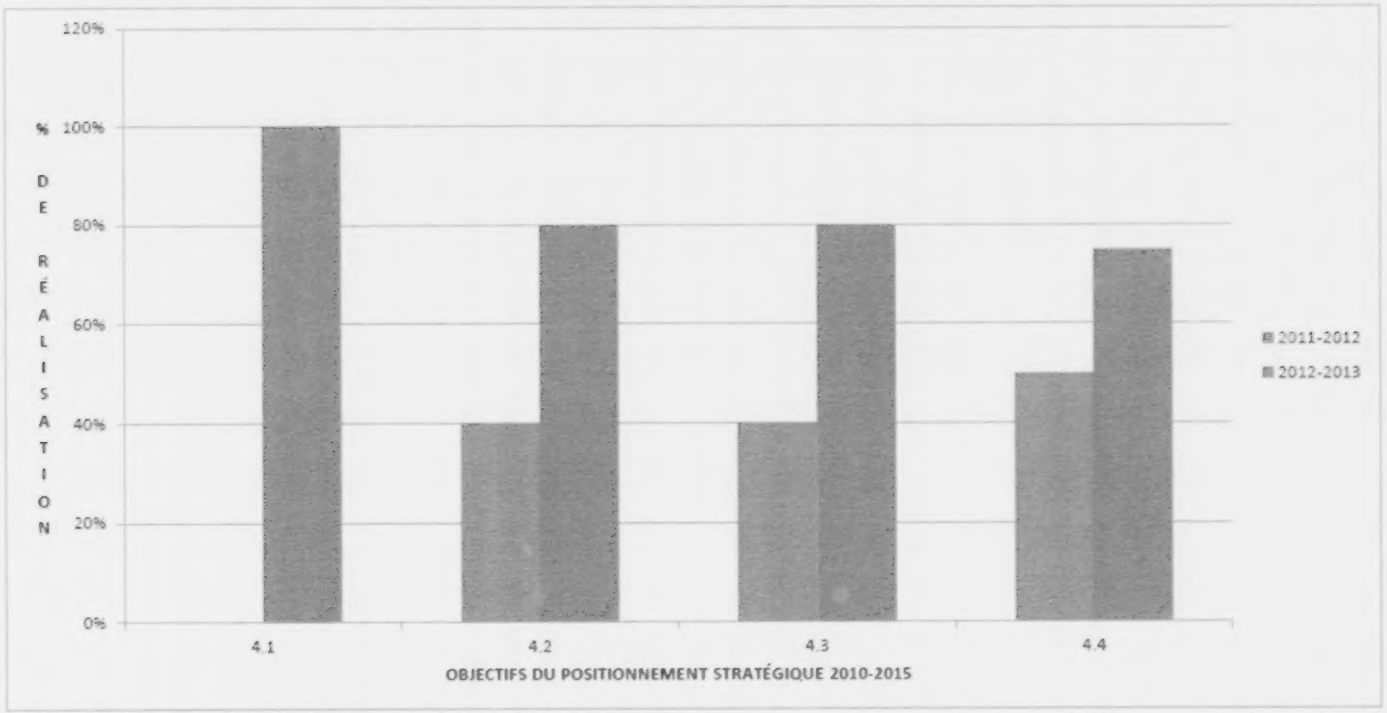
Orientation #8 : Développer une stratégie de communication adaptée à une population vieillissante et fragilisée



3.10 Adapter le plan de communication et les éléments s'y rapportant en fonction d'une population vieillissante et fragilisée et mettre en place des moyens efficaces de communication

Enjeu #4 : L'action préventive sur les déterminants locaux de la santé et du bien-être

Orientation #9 : Consolider et soutenir l'action préventive sur les déterminants locaux de la santé et du bien-être



4.1 Mettre à jour le plan d'action local (PAL) de la santé publique en conformité avec le plan d'action régional (PAR)

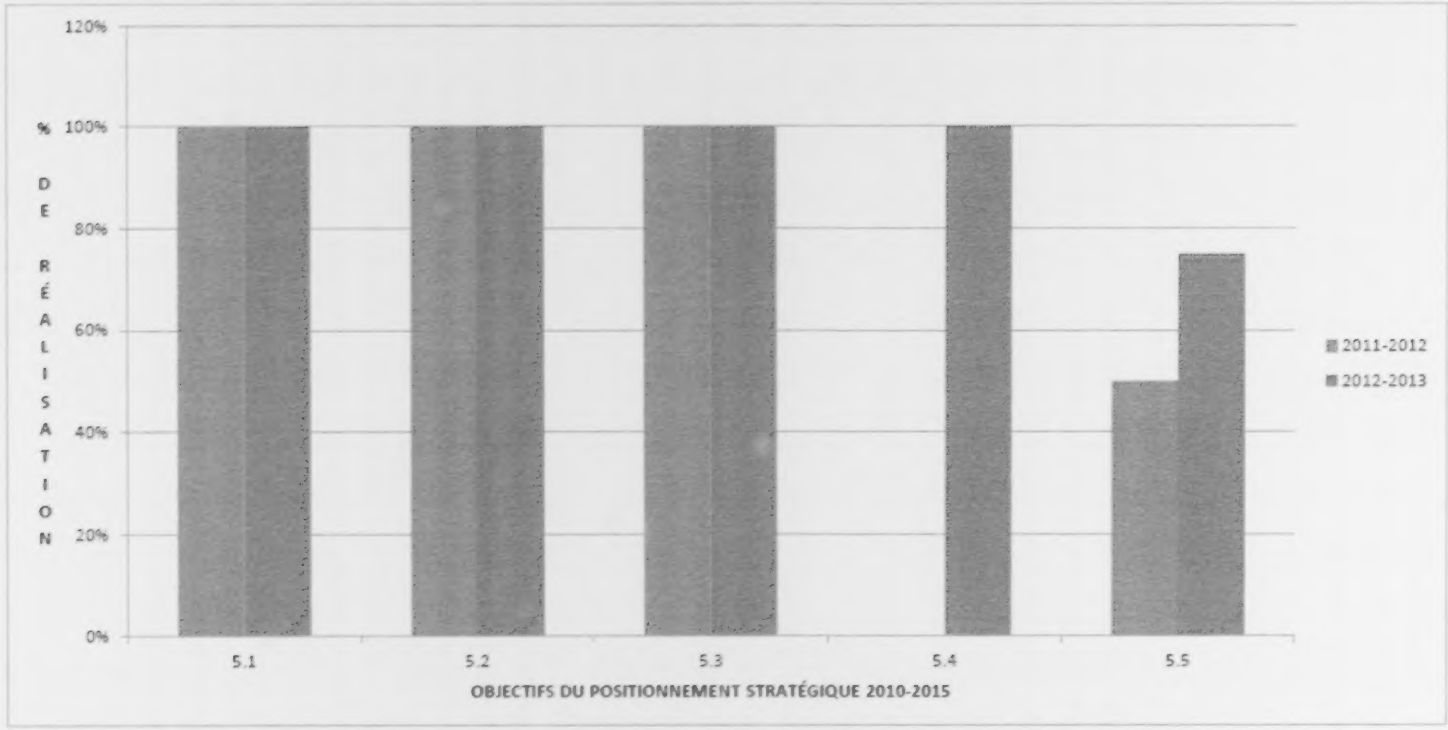
4.2 En partenariat avec les partenaires intersectoriels, développer et mettre en place des actions de continuité des services visant à lutter contre la pauvreté, le décrochage scolaire et l'exclusion sociale des jeunes

4.3 Avec le milieu scolaire et municipal, mettre en place les mesures nécessaires visant à acquérir de saines habitudes de vie et un engagement à la saine alimentation chez la population jeune et adulte

4.4 Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives concernant les ITSS

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

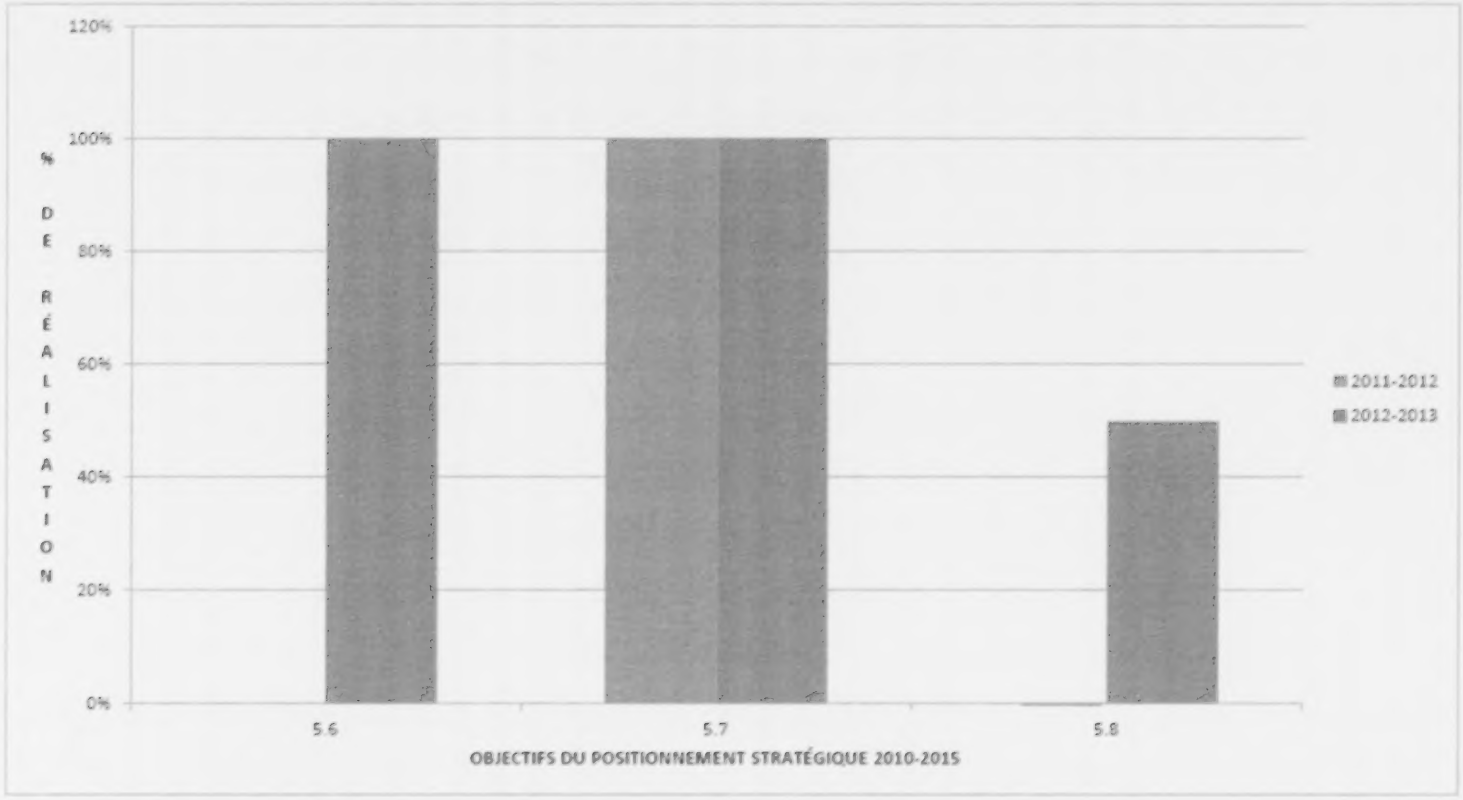
Orientation #10 : Améliorer l'accès aux services médicaux de 1ere ligne



5.1 Assurer la prise en charge des clientèles orphelines aux médecins de famille en priorisant la clientèle vulnérable
5.2 Favoriser l'intégration des professionnels autre que les médecins et les infirmières dans les GMF
5.3 Maintenir les efforts de recrutement et de rétention des omnipraticiens
5.4 Poursuivre les efforts de recrutement de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de 1ere ligne
5.5 Évaluer la possibilité d'augmenter les cliniques sans rendez-vous au GMF en heures défavorables

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

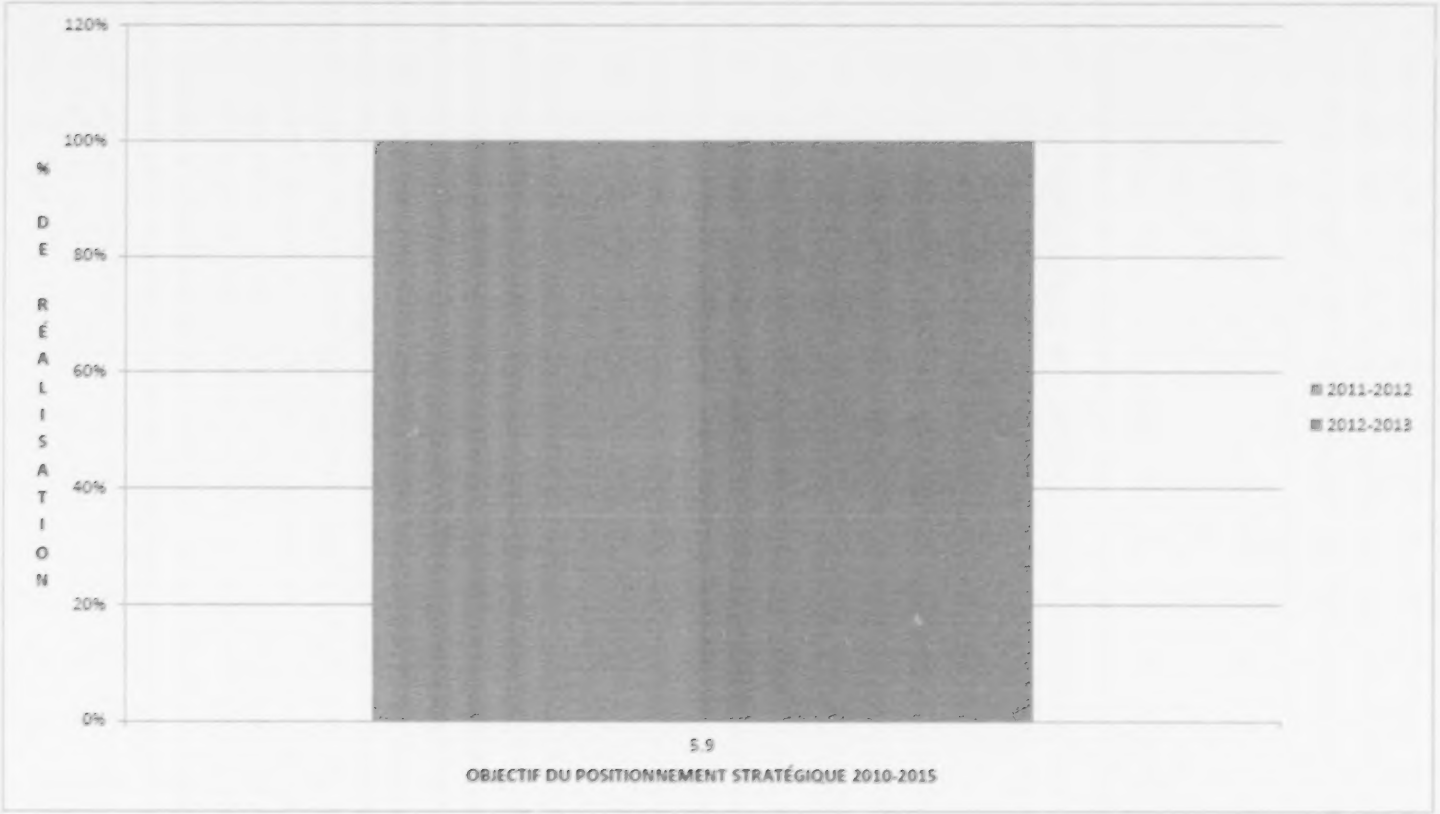
Orientation #11 : Améliorer les liens de communication inter RLS-CSSS-GMF



5.6 Mettre en place un intranet facilitant l'accès à l'information de gestion et clinique entre les intervenants
5.7 Intégrer les postes d'infirmière pivot en maladies chroniques en GMF (diabète et MPOC)
5.8 Mettre en place les cheminements cliniques de la clientèle selon des modèles (chronic care model)

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

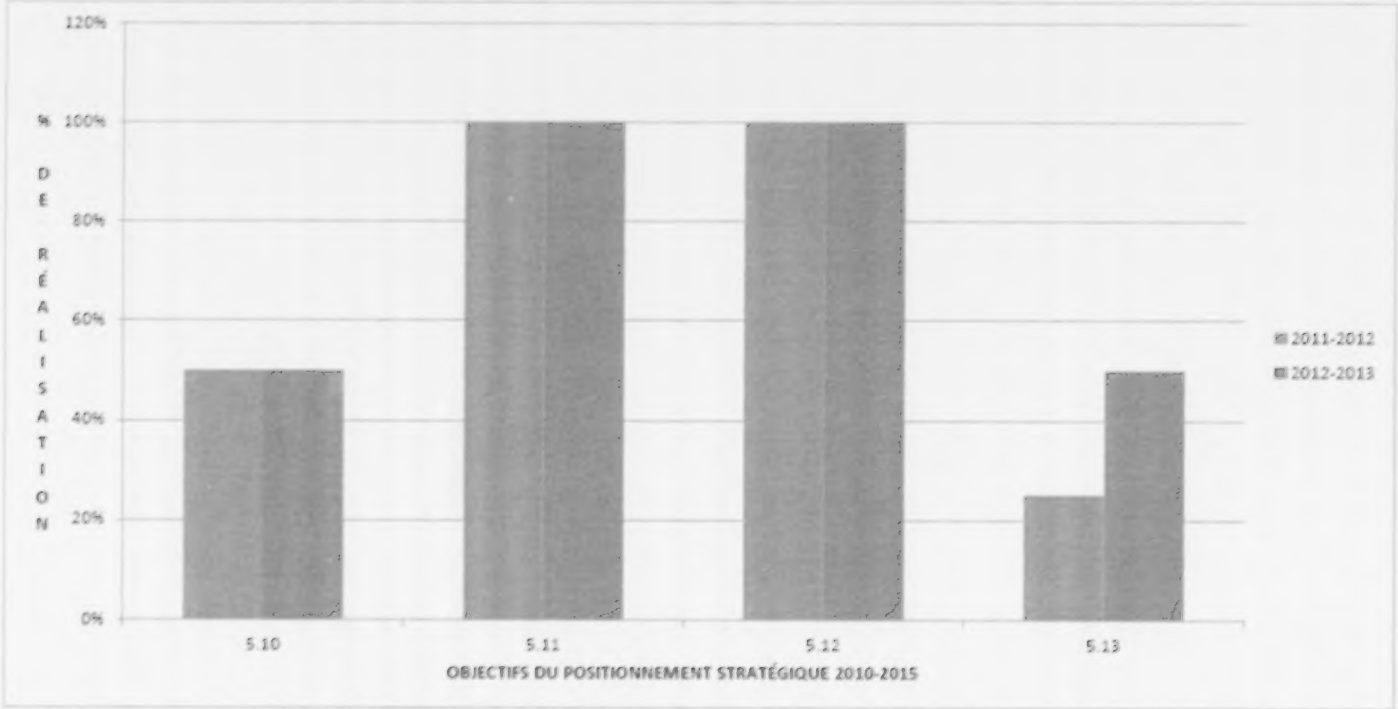
Orientation #12 : Consolider l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychologiques



5.9 Évaluer la pertinence de mettre en place un service téléphonique 24 heures / 7 jours semaine, principalement pour ce type de clientèle

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

Orientation #13 : Assurer la continuité des services dispensés à la clientèle atteinte de maladies chroniques ou de cancer



5.10 Mettre en place un suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques

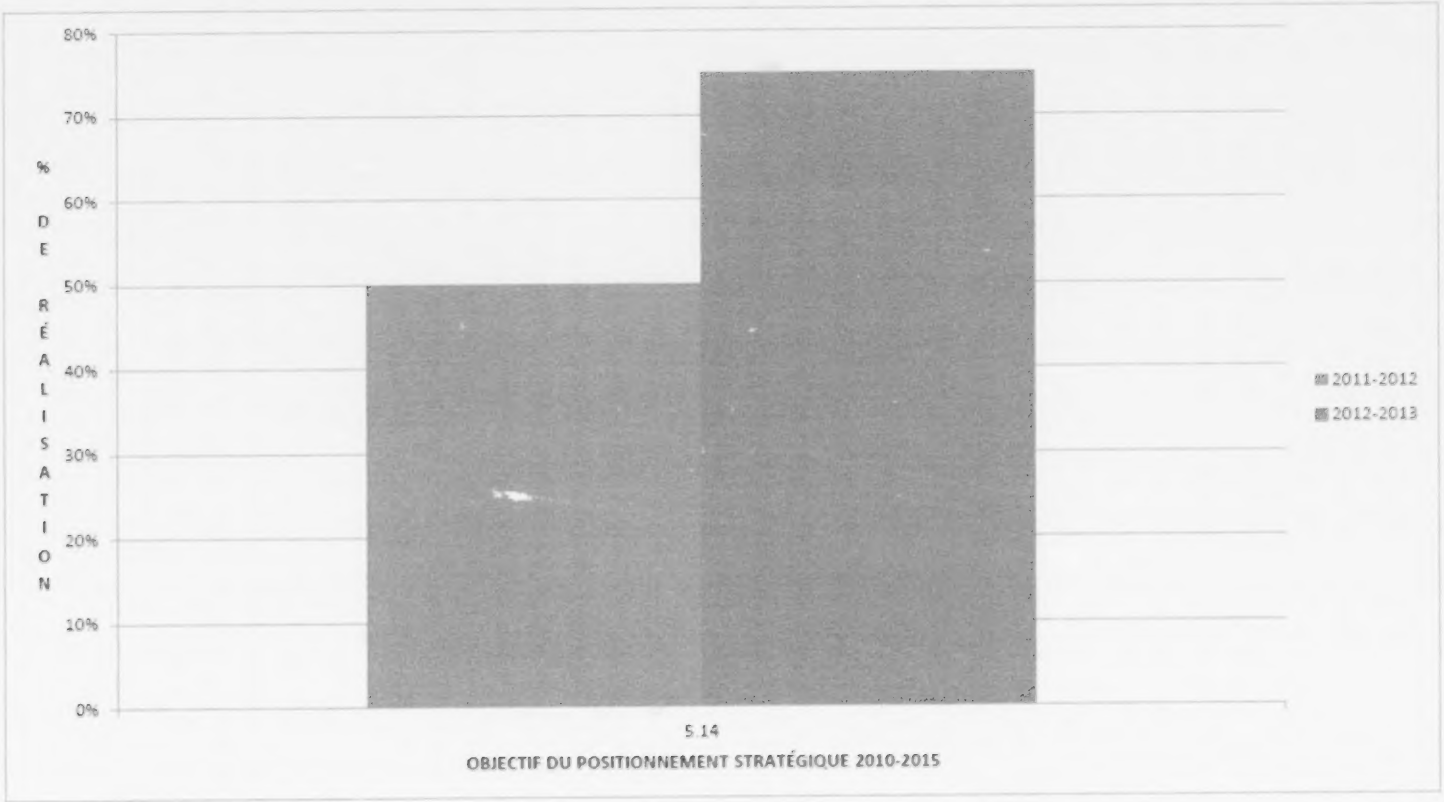
5.11 Consolider et soutenir l'équipe locale interdisciplinaire en oncologie

5.12 Formaliser et structurer la mise en place des normes de fonctionnement en regard de la clientèle atteinte de maladies chroniques et l'intégration des infirmières cliniciennes au GMF

5.13 Intégrer des pratiques cliniques préventives au continuum de soins et services

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

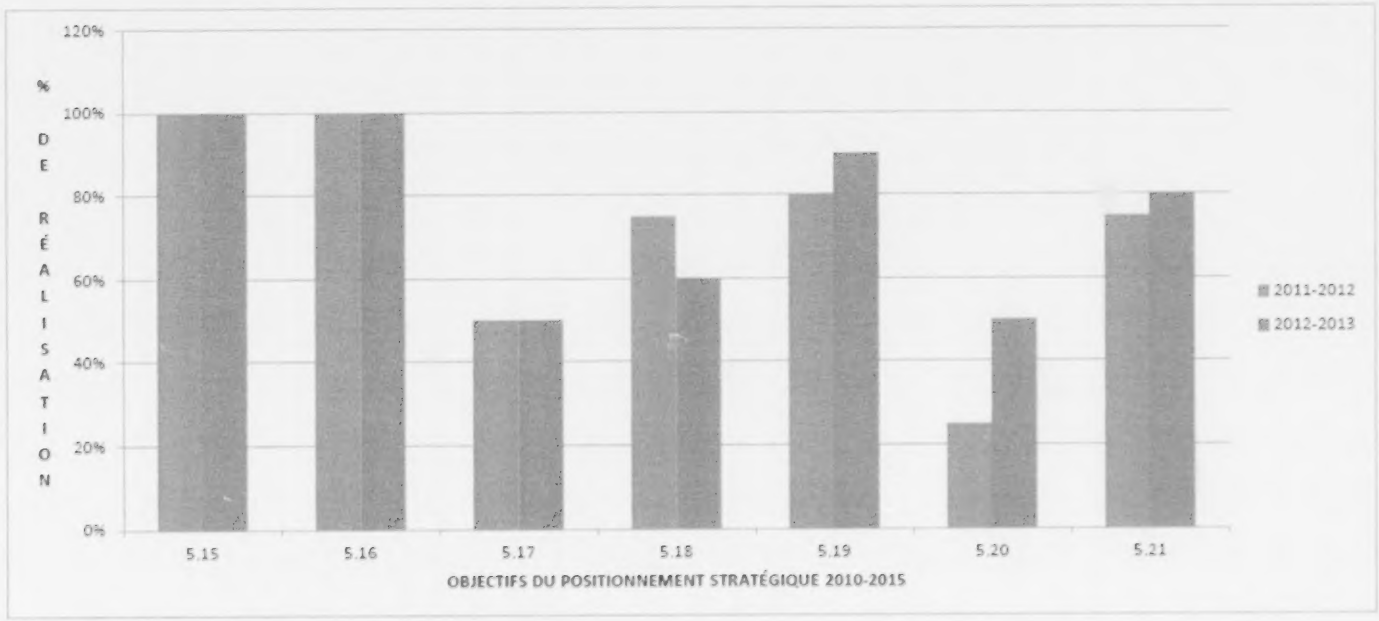
Orientation #14 : Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté



5.14 Poursuivre l'actualisation du programme En-train visant à contrer la négligence chez les jeunes

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

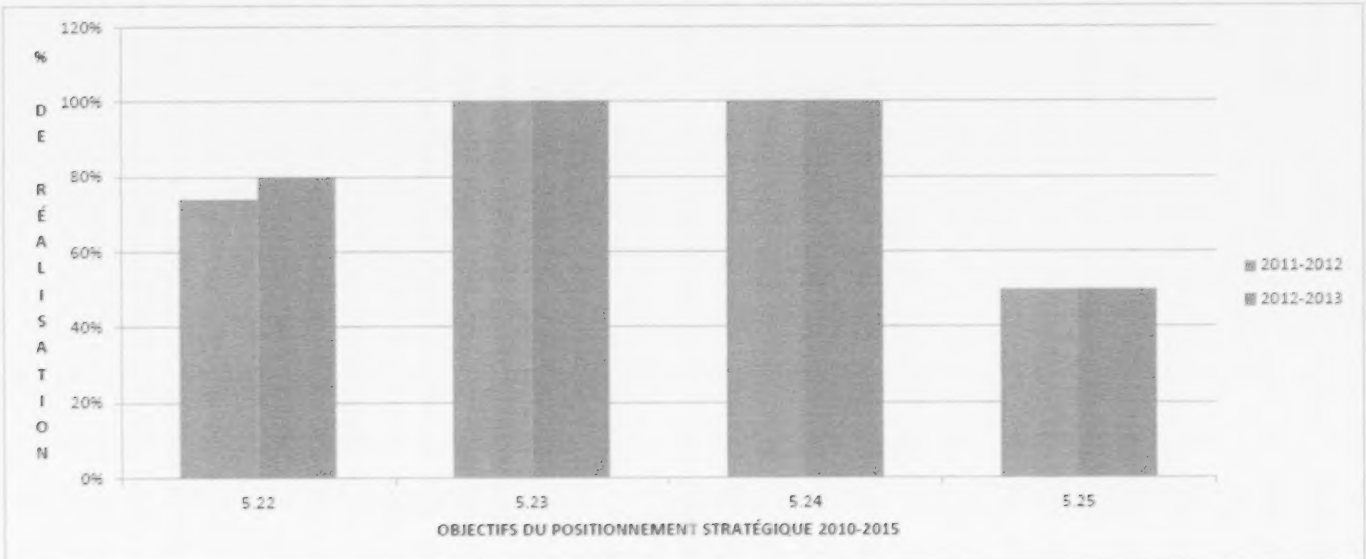
Orientation #15 : Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance



5.15 Mettre à niveau le projet clinique santé mentale
5.16 Mettre en place une équipe interdisciplinaire concertée offrant des services de santé mentale de 1ere ligne
5.17 Assurer la diffusion de l'offre de service auprès de la clientèle
5.18 Déterminer les mécanismes et la trajectoire des services requis pour assurer une offre de service continue en matière de santé mentale – 1ere ligne et 2e ligne
5.19 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves (SIV-SIM)
5.20 Intégrer des pratiques cliniques préventives au continuum de soins et de services
5.21 Poursuivre la mise en place du réseau de services intégrés pour la clientèle jeune et adulte présentant des problèmes de santé mentale

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

Orientation #16 : Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement



5.22 Poursuivre la mise en place du réseau de services pour la clientèle PPALV dans notre territoire

5.23 Assurer la pérennité de l'offre de service

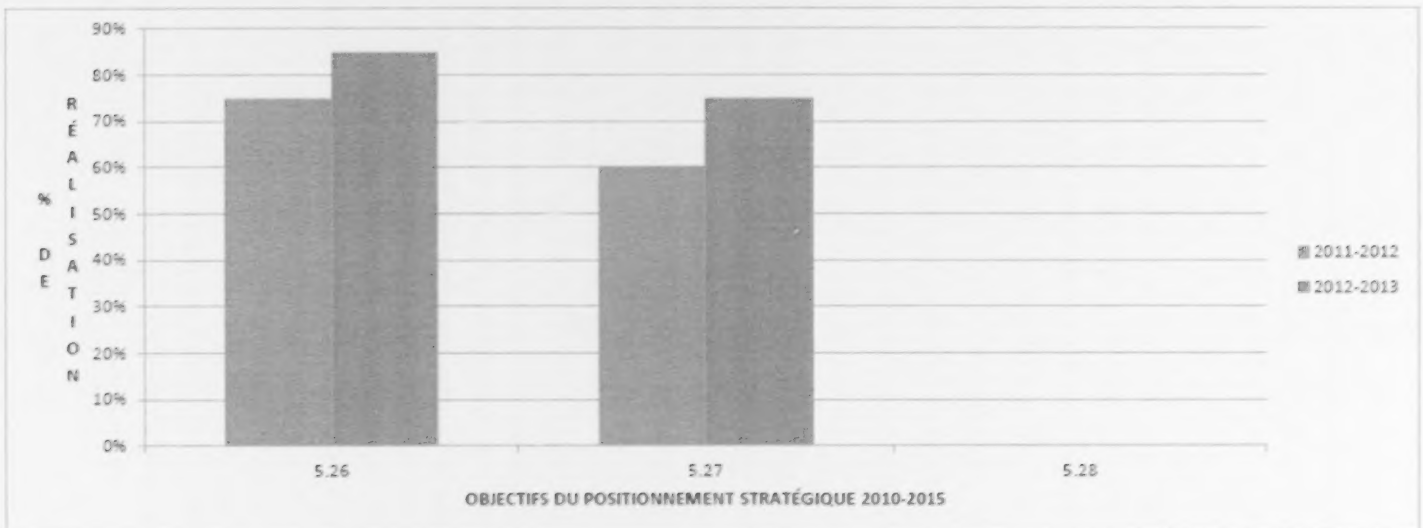
- -Nombre de clients avec profil perte d'autonomie lourde demeurant à domicile (200 personnes)
- -Pourcentage de clients en soins de longue durée occupant des lits de courte durée (0%)
- -Nombre de clients hébergés en SLD
- -Nombre de clients utilisant les services du centre de jour spécialisé (augmentation de 15%)
- -Nombre de centre de jour communautaire présent sur le territoire

5.24 Supporter le développement de milieux de vie communautaires adaptés à la clientèle ayant des besoins spécifiques

5.25 Collaborer et soutenir la mise en place de mesures intersectorielles supportant les proches aidants

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

Orientation #17 : Consolider et développer l'organisation des services spécialisés de base en milieu hospitalier



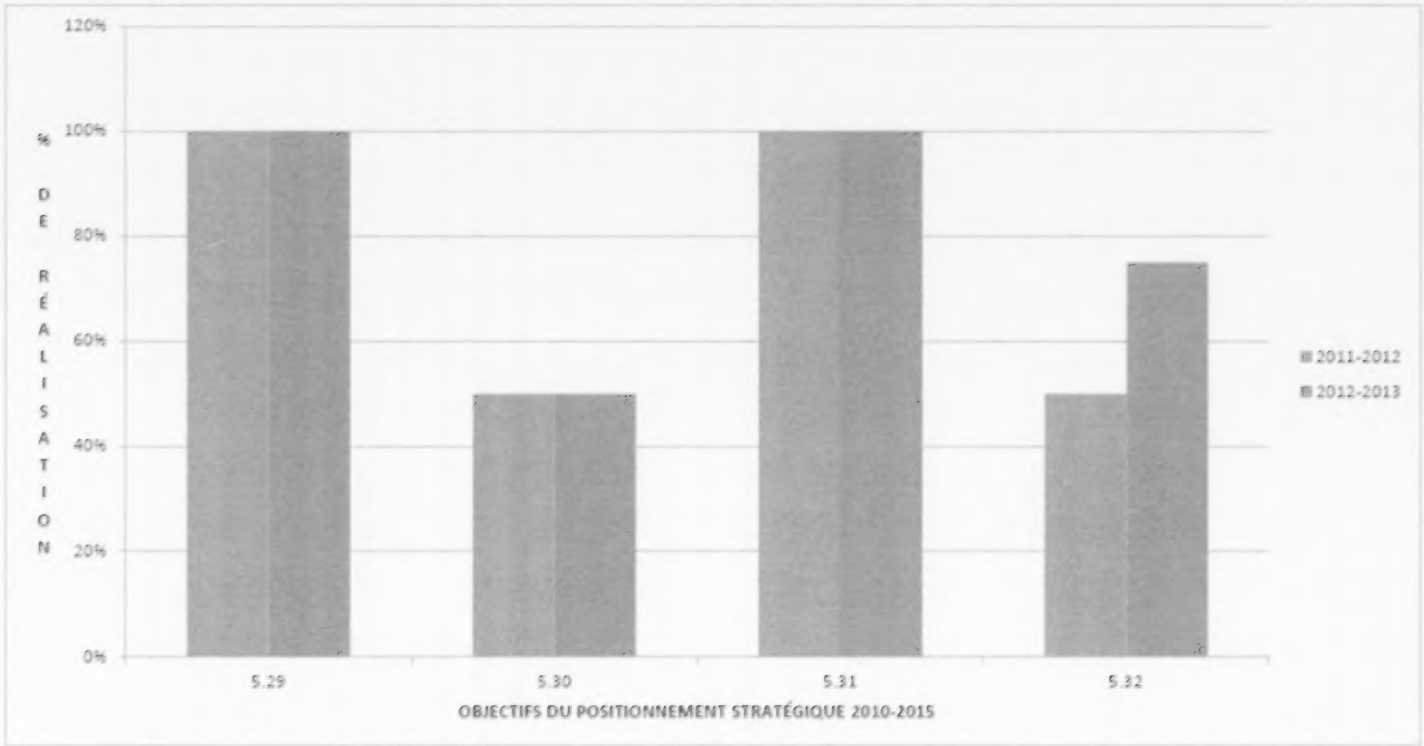
5.26 Revoir l'offre de service en obstétrique
- -Mise en place d'une offre de service pré-per-post
- -Nombre d'accouchements
- -Nombre de nouveaux services disponibles
- -Obtention de l'Initiative ami des bébés
- -Nombre de naissances de bébés de faible poids

5.27 Revoir l'offre de service en chirurgie
- -Nombre de chirurgies hospitalisées et d'un jour
- -Pourcentage du bassin de desserte
- -Nombre de nouveaux services offerts en chirurgie d'un jour
- -Nombre de cas endoscopiques réalisés

5.28 Déposer notre candidature dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal

Enjeu #5 : Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés

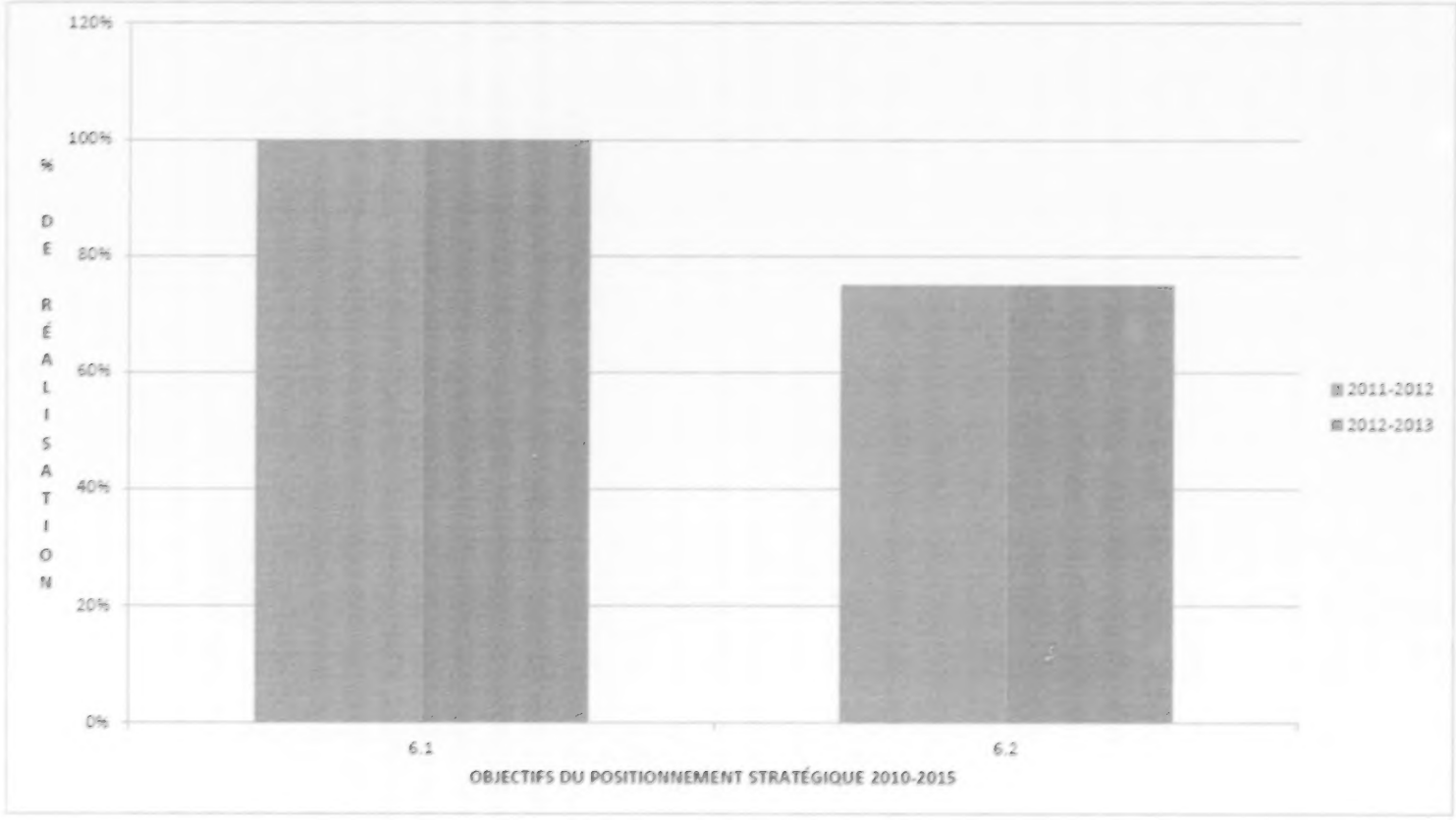
Orientation #18 : Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie



5.29 Poursuivre l'actualisation du programme de lutte contre le cancer en fonction des orientations ministérielles
5.30 Former une équipe interdisciplinaire offrant des services de soins palliatifs de fin de vie à domicile, au CH et en CHSLD
5.31 Aménager l'environnement physique des lits dédiés aux soins palliatifs de fin de vie dans notre établissement
5.32 Offrir de la formation aux intervenants en fonction des besoins exprimés

Enjeu #6 : Un délai raisonnable, à l'intérieur des normes établies, pour l'accès à des services intégrés tant au niveau local que régional

Orientation #19 : Assurer l'atteinte de notre plan d'effectifs

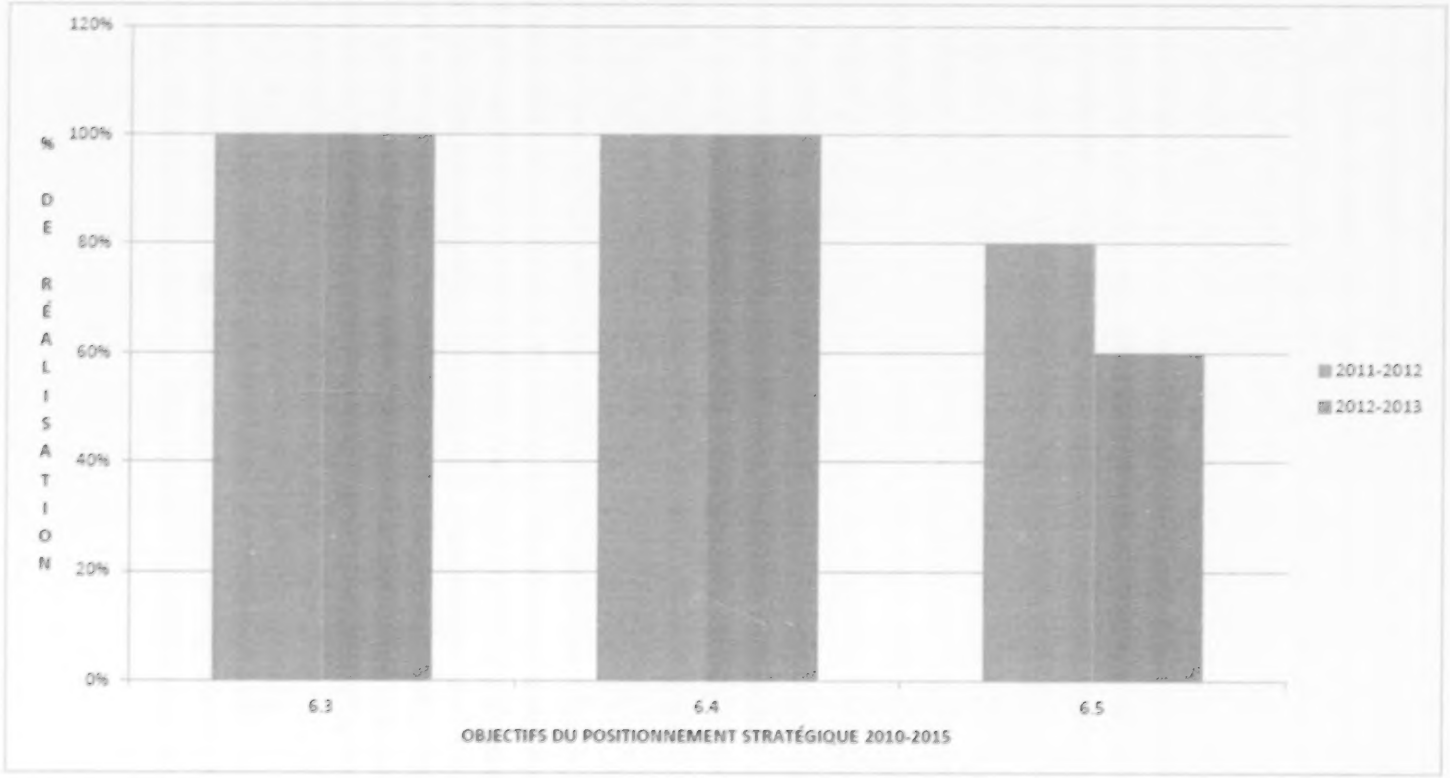


6.1 Poursuivre les efforts de recrutement en omnipratique pour atteinte le PEM

6.2 Poursuivre les efforts de recrutement en spécialités de base pour atteindre notre plan autorisé

Enjeu #6 : Un délai raisonnable, à l'intérieur des normes établies, pour l'accès à des services intégrés tant au niveau local que régional

Orientation #20 : Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques



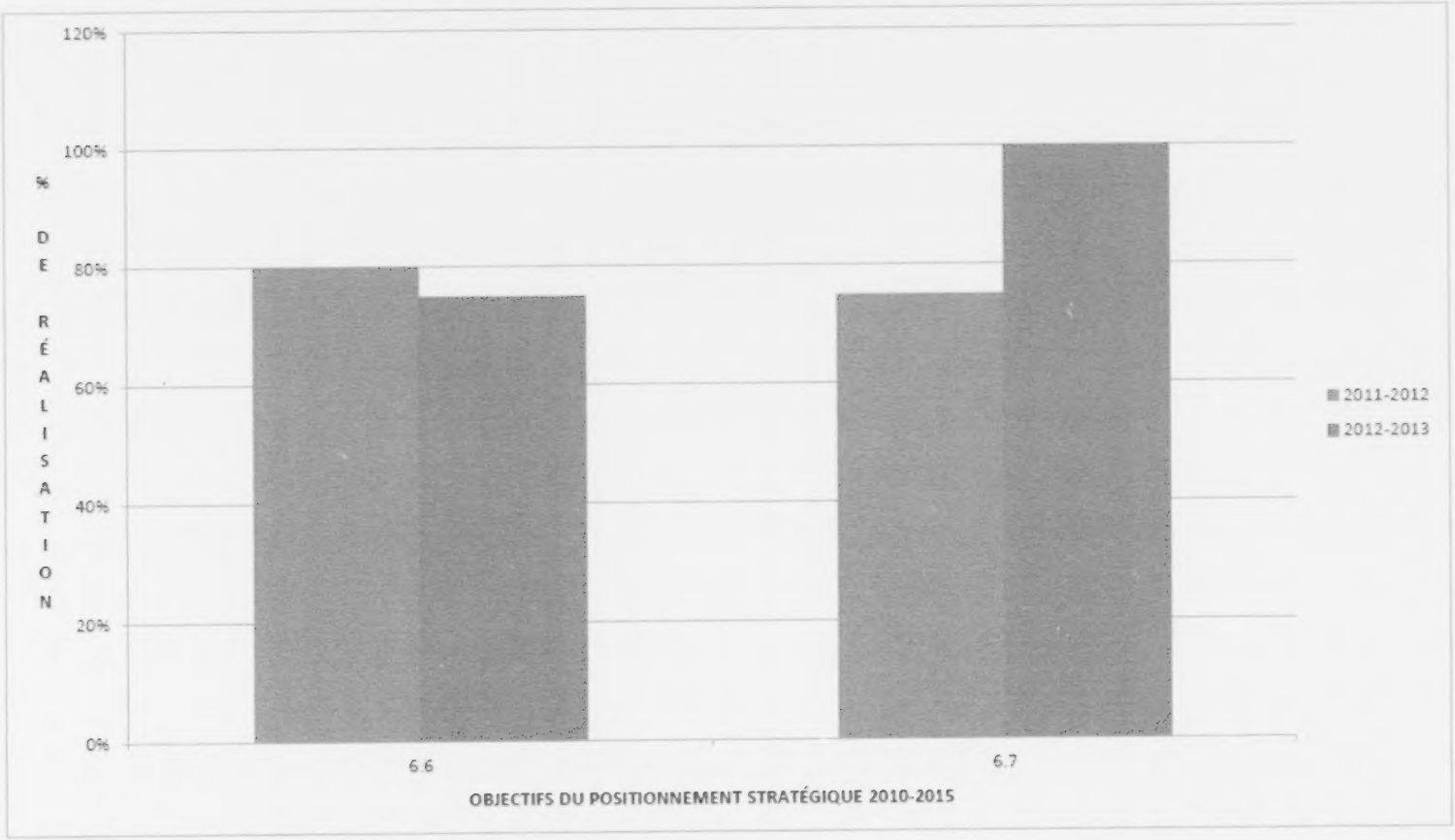
6.3 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services requis à l'intérieur d'un délai de 28 jours tant au niveau local que régional
- -Pourcentage de personnes traitées en chimiothérapie à l'intérieur d'un délai de 28 jours au CSSS
- -Pourcentage de personnes traitées en chirurgie oncologique à l'intérieur d'un délai de 28 jours

6.4 Diminuer le temps d'attente de la clientèle à l'urgence et maintenir notre performance en regard des patients sur civière

6.5 Poursuivre la gestion des mécanismes d'accès selon les standards reconnus

Enjeu #6 : Un délai raisonnable, à l'intérieur des normes établies, pour l'accès à des services intégrés tant au niveau local que régional

Orientation #21 : Assurer l'accès de base et aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

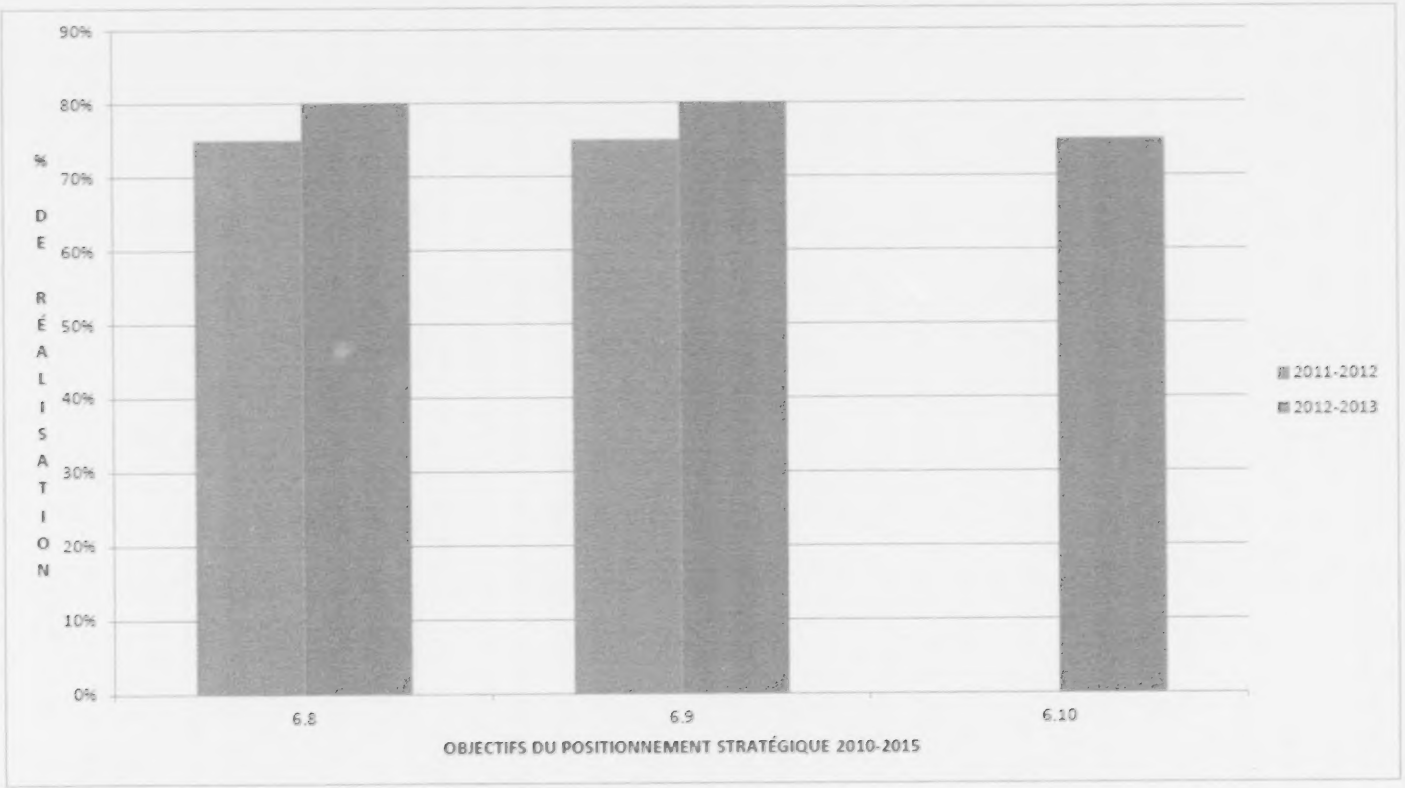


6.6 Assurer l'accès aux services selon les standards cliniques reconnus incluant ceux des plans d'accès en déficience

6.7 Départager les zones de responsabilité avec les CR en regard des services de 1ere et de 2e ligne

Enjeu #6 : Un délai raisonnable, à l'intérieur des normes établies, pour l'accès à des services intégrés tant au niveau local que régional

Orientation #22 : Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à notre clientèle



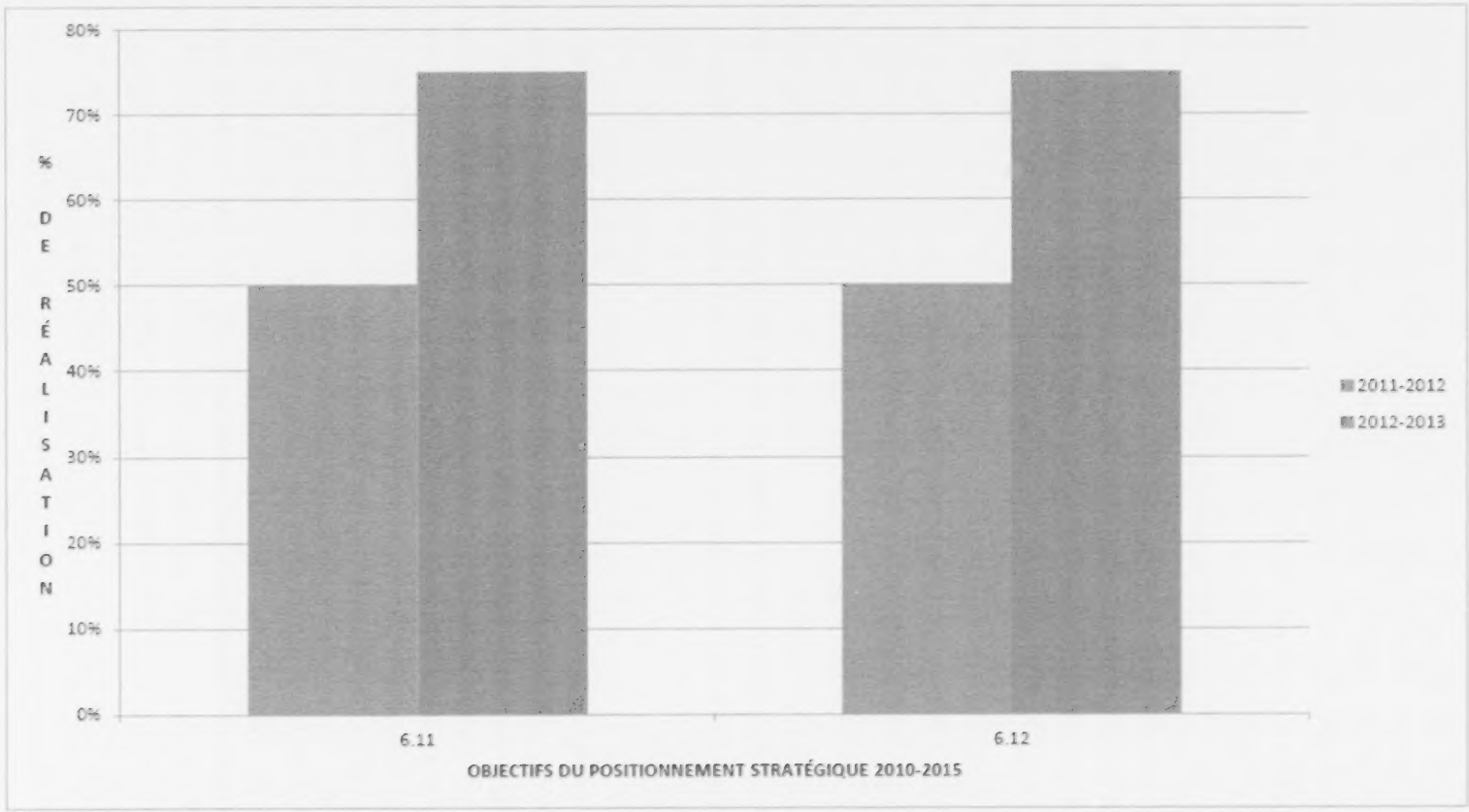
6.8 Préciser les corridors de services requis avec les CSSS de 2e et 3e ligne

6.9 Convenir des ententes requises avec les établissements concernés

6.10 Rendre disponible sous forme informatique les renseignements cliniques pertinents requis pour la dispensation des soins et services en provenance du CSSS-RN

Enjeu #6 : Un délai raisonnable, à l'intérieur des normes établies, pour l'accès à des services intégrés tant au niveau local que régional

Orientation #23 : Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale

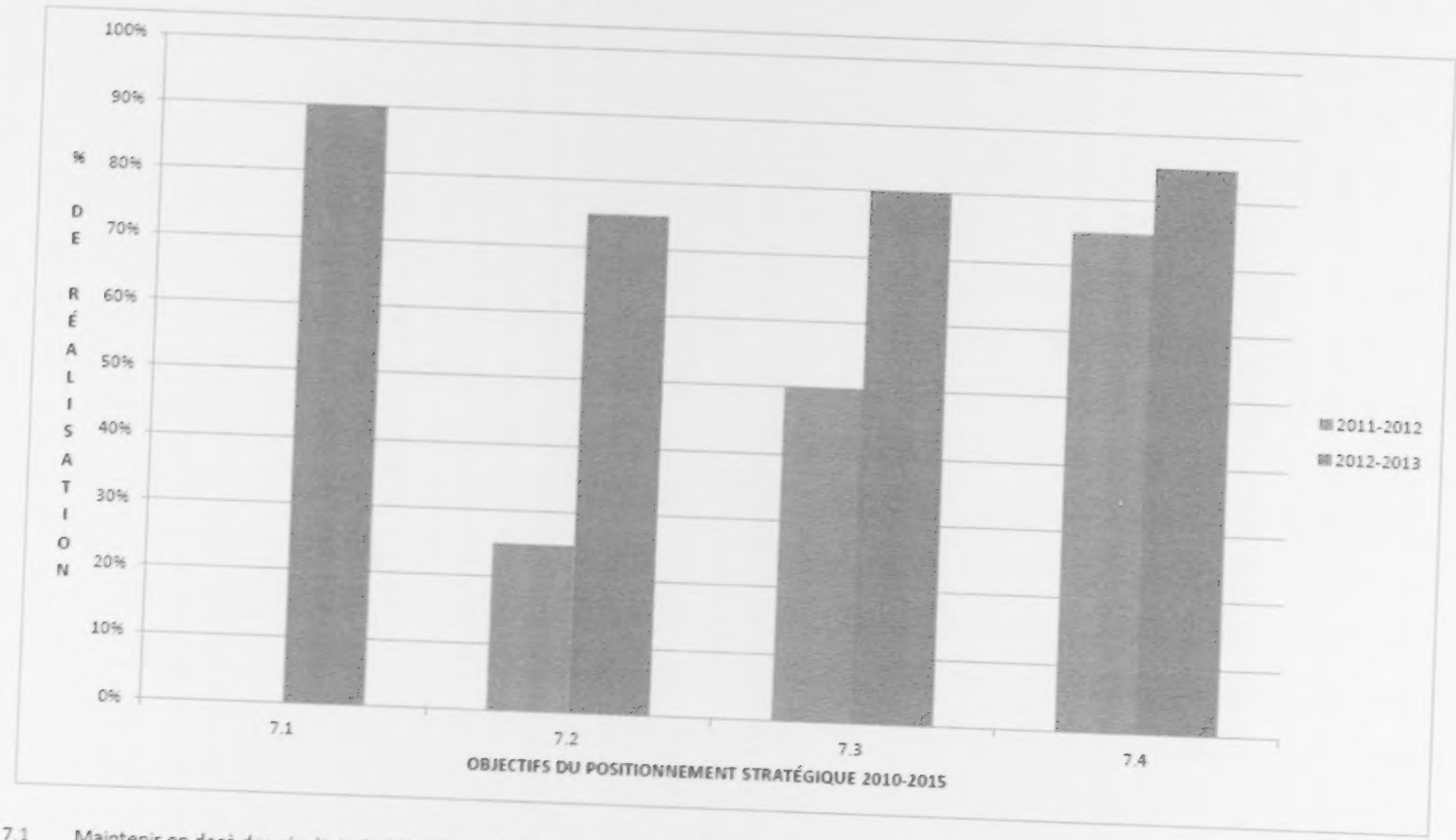


6.11 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de 2e et de 3e ligne à l'intérieur de 60 jours

6.12 Convenir avec le CSSS Rimouski-Neigette d'un protocole clinique permettant d'assumer les services spécialisés requis à cette clientèle et d'identifier un psychiatre répondant pour soutenir nos intervenants cliniques

Enjeu #7 : La qualité, la sécurité et l'efficience des services

Orientation #24 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services



7.1 Maintenir en deçà des résultats établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale

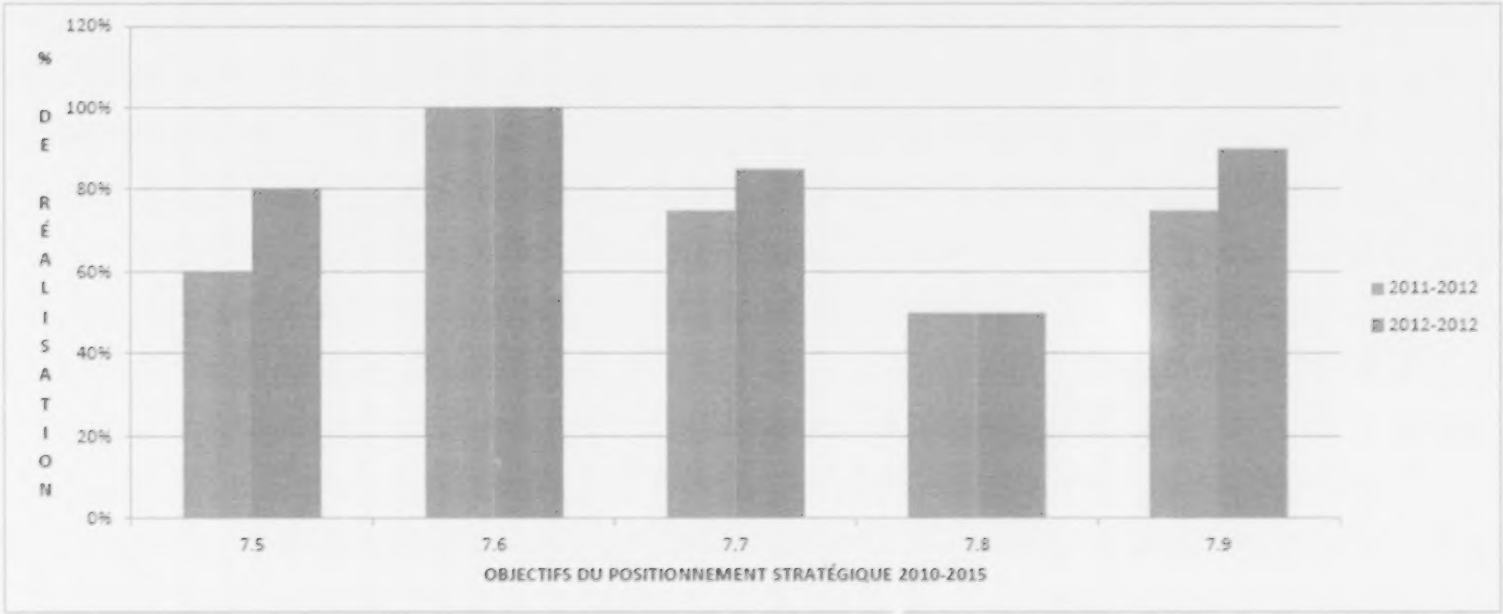
7.2 Définir les indicateurs de mesure de la qualité dans notre établissement

7.3 Renforcer notre gouvernance clinique et mettre en place les mécanismes de support requis à la prestation des services de qualité

7.4 Définir le cadre de référence de la qualité au CSSS de La Matapédia

Enjeu #7 : La qualité, la sécurité et l'efficience des services

Orientation #25 : Soutenir l'implantation des standards cliniques, le transfert de connaissance et l'innovation



7.5 Mettre en place les meilleures pratiques cliniques et administratives basées sur des informations probantes dans l'ensemble de nos programmes et services

7.6 Inscrire un gestionnaire au programme de formation FORCES

7.7 Obtenir la reconnaissance d'un créneau d'excellence en hébergement institutionnel pour le CSSS de La Matapédia

-Alliance à convenir avec un centre universitaire gériatrique spécialisé

-Nombre de pratiques cliniques novatrices mises de l'avant

-Nombre de modifications architecturales réalisées et adaptées à une approche milieu de vie

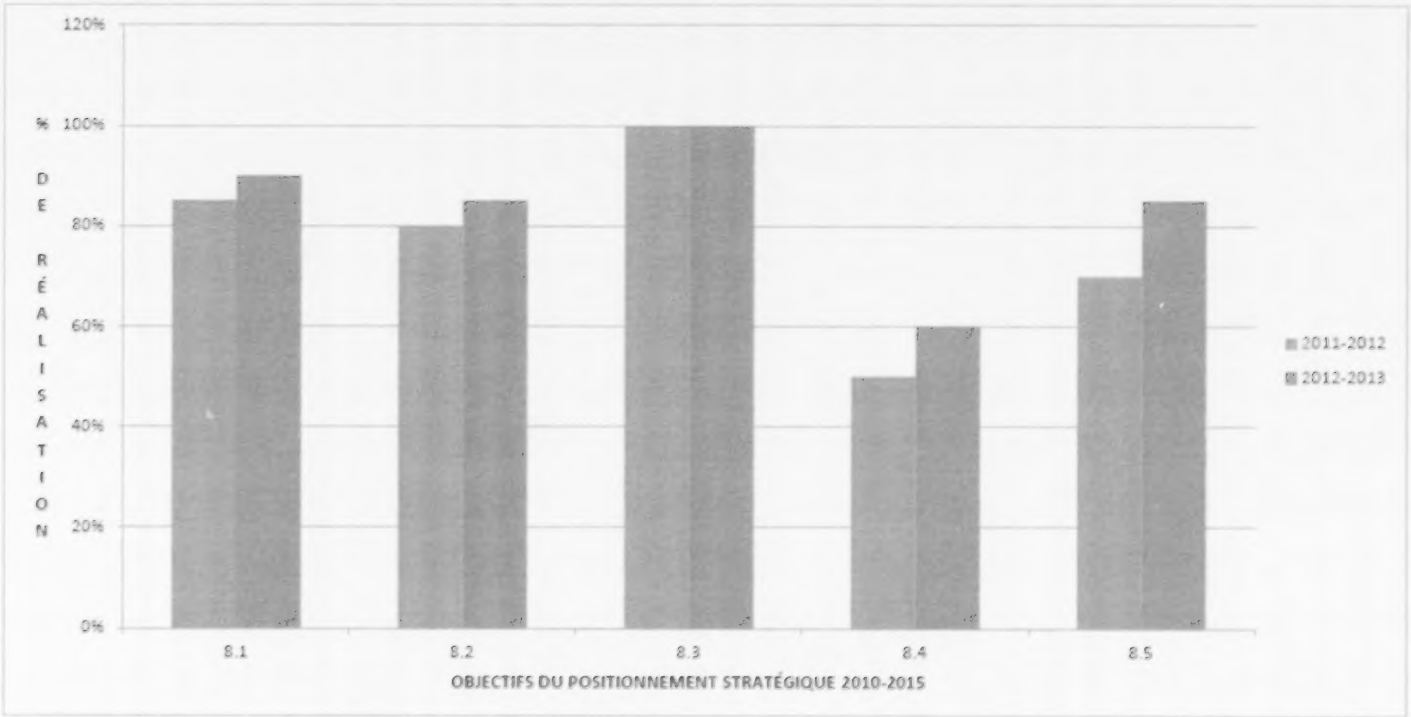
-Nombre de formations spécialisées offertes aux intervenants

7.8 Promouvoir et encourager l'innovation auprès des intervenants oeuvrant au CSSS de La Matapédia

7.9 Identifier un ou des projets novateurs d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'offrir localement un nouveau service sur place

Enjeu #8 : Une gouvernance clinico-administrative imputable et décentralisée

Orientation #26 : Assurer une prise de décision clinique le plus près possible de l'action



8.1 Instaurer les mécanismes de gestion clinico-administratifs nécessaires permettant un partage des pouvoirs entre les intervenants cliniques et les gestionnaires

8.2 Revoir les processus décisionnels et les adapter à ce nouveau concept

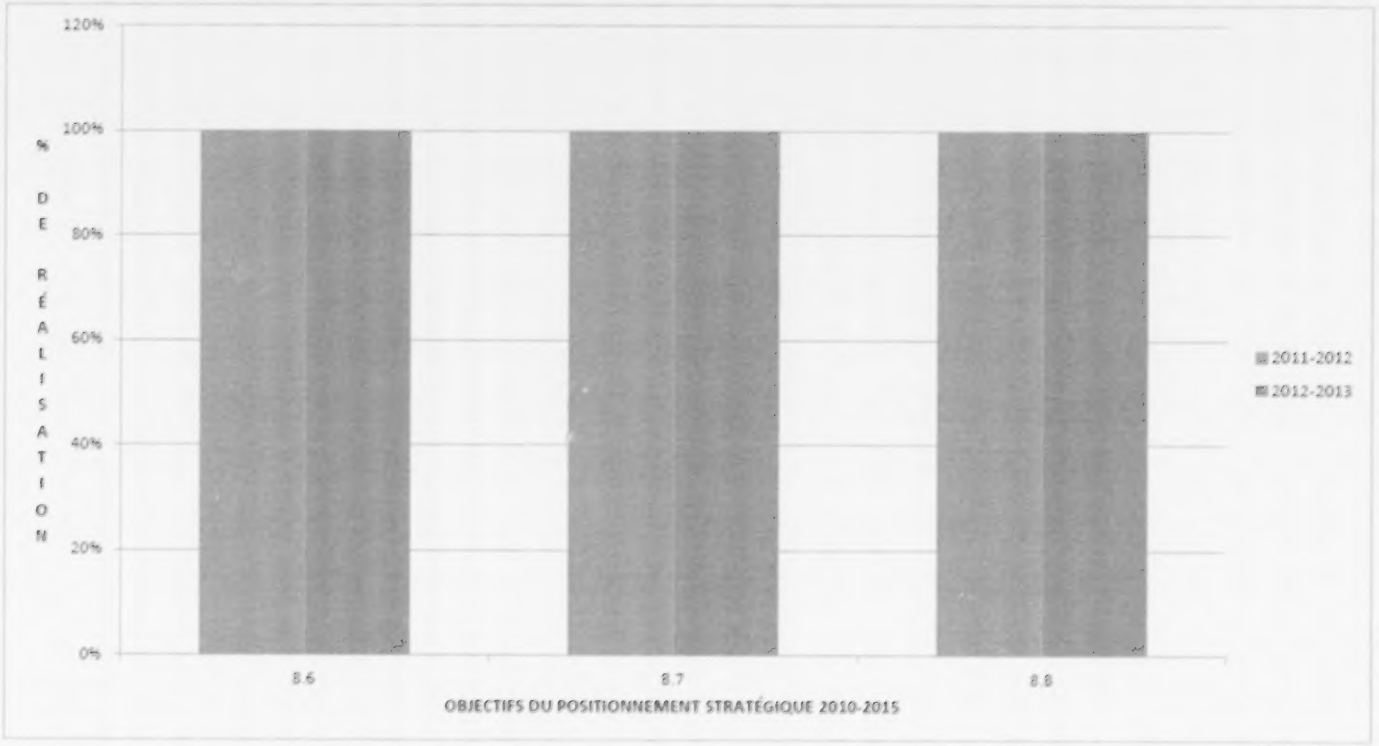
8.3 Mettre à jour les mécanismes d'information internes et externes permettant une bonne compréhension des enjeux et des orientations

8.4 Mettre en place les processus d'évaluation requis afin d'effectuer une rétroaction auprès des intervenants concernés

8.5 Impliquer les partenaires syndicaux dans la gestion des changements

Enjeu #8 : Une gouvernance clinico-administrative imputable et décentralisée

Orientation #27 : Maintenir la plus grande cohérence possible dans l'exercice des pouvoirs dévolus au conseil d'administration



8.6 Mettre en place un guide de formation à l'intention des administrateurs
8.7 Faire part aux instances concernées des incohérences observées en matière de gouvernance
8.8 Assurer une meilleure participation possible de la population aux activités du conseil d'administration

Résumé du bilan des réalisations au 31 mars 2013 : Positionnement stratégique 2010-2015

5.2 Tableau de bord des ententes de gestion pour l'année 2012-2013 (T-BIG disponible sur le site du MSSS)

1.1 Santé publique						
Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	13	100,0	80,0	125,0	80,0	125,0
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,18	ND	NA		
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,76	ND	NA		
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,13	ND	NA		
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,02	ND	NA		
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche Ecole en santé (AES)	13	7,7	0,0	0,0	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	13	86,5	85,0	101,7	75,0	115,3
1.01.16-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	77,2	85,0	90,8	75,0	102,9
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	13	77,9	85,0	91,6	75,0	103,8
■ Valeur inférieure à 90% de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90% de l'engagement et inférieure à 100%						

1.1 Santé publique-Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	100.00	ND	NA		
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100.00	ND	NA		
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

■ Valeur inférieure à 90% de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90% de l'engagement et inférieure à 100%

1.2 Services généraux – Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	192	253	75,8	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	6.24	4.62	135.1	ND	NA
1.02.06-EG2 Nombre de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	13	0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90% de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90% de l'engagement et inférieure à 100%

Note : Le nombre d'usagers desservis a été légèrement inférieur à la cible attendue. Toutefois, le niveau d'intensification des services a été quant à lui plus élevé.

1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	29638	ND	NA		
1.03.08-PS Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (Tous les programmes-services)	13	74	ND	NA		
1.03.09-PS Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	13	0,0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90% de l'engagement

▲ Valeur égale ou supérieure à 90% de l'engagement et inférieure à 100% Indicateur 1.3.5.1: Le nombre d'heures CES est comptabilisé à partir de la période 9 de l'année financière 2009-2010. l'information n'est pas disponible pour les périodes antérieures.

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	28	32	87,5	26	107,6
1.41.04.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	218	ND	NA		
1.42.04.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	9,4	ND	NA		
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS AGES - TOUTES PRIORITES	13	80,0	90,0	88,8	90,0	88,8
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS AGES - PRIORITE URGENTE	13	0,0	90,0	0,0	90,0	0,0
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS AGES - PRIORITE ELEVEE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS AGES - PRIORITE MODEREE	13	80,0	75,0	106,6	75,0	106,6
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'acces - TOUTES DEFICIENCES - TOUS AGES - TOUTES PRIORITES	13	78,3	ND	NA		
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'acces - TOUTES DEFICIENCES - TOUS AGES - PRIORITE URGENTE	13	0,0	ND	NA		
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'acces - TOUTES DEFICIENCES - TOUS AGES - PRIORITE ELEVEE	13	100,0	ND	NA		
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'acces - TOUTES DEFICIENCES - TOUS AGES - PRIORITE MODEREE	13	80,0	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Certains délais ont été légèrement supérieurs aux seuils établis. Des travaux sont en cours afin d'assurer le respect des délais prévus au plan d'accès.

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (repit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	30	32	93,7	25	120,0
1.41.05.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	76	ND	NA		
1.42.05.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	9,8	ND	NA		
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITES	13	75,0	90,0	83,3	90,0	83,3
1.45.05.02-PS Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITE URGENTE	13	0,0	90,0	0,0	90,0	0,0
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITE ELEVEE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITE MODEREE	13	80,0	75,0	106,6	75,0	106,6

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Certains délais ont été légèrement supérieurs aux seuils établis. Des travaux sont en cours afin d'assurer le respect des délais prévus au plan d'accès.

1.6 Jeunes en difficulté

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	13	330	435	75,8	256	128,9
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	6,20	8,96	69,2	7,00	88,6

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Le nombre de jeunes en difficulté rejoint a été inférieur à la cible attendue. Toutefois, nous n'avons aucune personne en attente de service.

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	61	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	7	18	38,8	14	50,0
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	5,17	12,00	156,9	12,00	156,9
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	267	338	78,9	334	79,9
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1 09 01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	4,26	11,00	161,3	11,00	161,3
1 09 02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	5,35	11,00	151,3	11,00	151,3
1 09 03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1 09 04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1 09 31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	0,32	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1 09 05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	42	81	51,8	81	51,8
1 09 06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	14,12	18,20	77,5	ND	NA
1 09 33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	13	0,0	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Le nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile est inférieur à la cible considérant qu'une alternative au domicile est disponible à la Résidence Marie-Anne Ouellet. Cette offre de service fait en sorte que des usagers ont choisi de terminer leur vie à l'unité spécifique de fin de vie de la Résidence Marie-Anne Ouellet

1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.11-EG1 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.12-EG1 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.13-EG1 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.14-EG1 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	13	224	302	74,1	ND	NA
1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	13	232	168	138,0	ND	NA
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	3	0	0,0	ND	NA
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Note : Les chirurgies d'un jour ont été inférieures de 26,5 % par rapport à la cible attendue. Quant à elles, les chirurgies hospitalisées ont été supérieures de 38 % par rapport à la cible attendue.

1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	65,6	90,0	72,8	ND	NA
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	71,8	90,0	79,7	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.9 Santé physique - Ressources

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.07-PS Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	13	0	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attentede moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,0	ND	NA		
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	30,0	ND	NA		
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	87,5	ND	NA		
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	97,3	ND	NA		
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	56,5	ND	NA		
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	50,0	ND	NA		
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	60,0	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09 35 05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		
1.09 35 06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,0	ND	NA		
1.09 35 07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	59,5	ND	NA		
1.09 35 08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	61,7	ND	NA		
1.09 35 09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09 36 01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	0,00	ND	NA		
1.09 36 02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA		
1.09 36 03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,00	ND	NA		
1.09 36 04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0,00	ND	NA		
1.09 36 05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	30,00	ND	NA		
1.09 36 06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	87,50	ND	NA		
1.09 36 07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	97,32	ND	NA		
1.09 36 08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA		

■ **Valeur inférieure à 90 % de l'engagement** ■ **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établi en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	56,52	ND	NA		
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	50,00	ND	NA		
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	60,00	ND	NA		
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	59,40	ND	NA		
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	55,10	ND	NA		
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,00	ND	NA		

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement ■ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3 01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	6,45	5,90	90,6	ND	NA
3 05 01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	5,56	5,62	95,7	ND	NA
3 05 02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	3,22	2,60	76,1	ND	NA
3 06 01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,31	0,07	0,0	ND	NA
3 06 02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3 06 03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,12	0,00	0,0	ND	NA
3 06 04-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes	13	0,00	ND	NA		0,0

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

4.0 Urgences(Désencombrement)

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4 01 01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4 01 02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	0,0	ND	NA
4 01 03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4 01 04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,3	0,0	0,0	ND	NA
4 01 05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4 01 06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4 01 07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4 01 00-EG1 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	13	0,00	0,35	200,0	ND	NA

■ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

5.3 Bilan annuel des faits saillants par direction

5.3.1 Direction de l'administration des programmes

5.3.1.1 Santé physique

- Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
- Mise en place des notes à cocher en soins infirmiers à l'unité regroupée
- Intégration des infirmières auxiliaires dans le service d'obstétrique
- Démarche pour l'accréditation Initiative Ami des bébés
- Implantation de la formation visant la prévention du bébé secoué auprès des parents
- Obtention d'une subvention d'Opération Enfant Soleil en obstétrique
- Démarche d'optimisation dans le service d'hémato-oncologie
- Mise en place de séances de massages par des massothérapeutes certifiés auprès de la clientèle oncologique
- Partenariat à la mise en place de groupe de support en oncologie
- Respect des cibles pour la durée moyenne de séjour à l'urgence
- Démarches dans le processus d'évaluation et de plan d'action par l'OPIQ du département d'inhalothérapie
- Gestion des listes d'attente (chirurgie-endoscopie)
- Processus continu dans le programme de dossier du dépistage du cancer colorectal

5.3.1.2 Soutien à domicile

- Poursuite de la démarche Municipalité Amie des aînés avec la table Vieillir en santé (VES) portant sur le fonctionnement en équipe interdisciplinaire
- Implantation du référentiel de compétences en inter professionnalisme portant sur le fonctionnement en équipe interdisciplinaire
- Élaboration du Programme Reper-âge en matière de dépistage des aînés en perte d'autonomie dans la communauté
- Révision du Programme d'aide à domicile
- Formation portant sur la maltraitance aux aînés dispensée à l'ensemble des partenaires du réseau local de services
- Élimination des équipements désuets et en surnombre
- Optimisation du soutien à domicile par une diminution de la dotation infirmière
- Révision des modes de rétribution en ressources intermédiaires

5.3.1.3 Laboratoire

- Dossier OPTILAB : hiérarchisation des analyses
- Démarche d'optimisation des laboratoires de biologie médicale du Québec
- Acquisition d'un appareil de soutien pour gaz sanguins
- Travaux pour l'installation d'un mécanisme de transport par tube pneumatique en lien avec l'unité regroupée
- Révision du plan d'aménagement du poste de réception des spécimens de laboratoire et aire de réception
- Installation de contrôle de qualité externe

5.3.1.4 Soins de longue durée

- Inauguration du 3e étage et lancement du document portant sur la philosophie d'intervention auprès de la clientèle avec problèmes cognitifs
- Consolidation de l'équipe interdisciplinaire
- Unidose (système de distribution des médicaments)
- Visite ministérielle
- Jardin prothétique sécurisé
- Plan d'action en vue de diminuer les erreurs de médicaments
- Support de l'équipe en trouble grave du comportement du CSSS de La Mitis
- Ajustement sécuritaire de l'unité fermée
- Rencontre d'information sur la démence de type Alzheimer pour toute la population
- Établissement sans fumée
- Réaménagement des services alimentaires

5.3.1.5 Jeunesse, enfance, famille et santé mentale

- Campagne annuelle de vaccination antigrippale
- Informatisation des réquisitions pour les commandes de produits immunisants
- Participation à l'étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire
- Réactualisation du programme RAP (réadaptation ambitieuse des psychoses)
- Présentation de l'offre de service en santé mentale aux partenaires
- Partenaire dans l'élaboration du projet de travailleur de rang
- Déploiement du programme Alcochoix
- Mise en œuvre auprès d'un groupe d'usagers du programme court de la clinique sans murs
- Transfert et intégration d'une technicienne en éducation spécialisée du CRDI à l'équipe du CSSS de La Matapédia
- Entente de collaboration entre les Grands Amis et le CSSS de La Matapédia portant sur le soutien à l'équipe clinique de l'Entrain

- Entente entre la Maison des Familles et le CSSS de La Matapédia pour la tenue d'ateliers de stimulation
- Intégration de la nutritionniste lors des rencontres prénatales de groupe et du suivi individuel
- Formation de deux psychoéducatrices pour le programme «Anna et la mer»
- Formation de deux agentes multiplicatrices pour le déploiement d'«Initiatives Aides» en concertation avec le Centre jeunesse

5.3.1.6 Réadaptation

- Recours à la main-d'œuvre indépendante en physiothérapie de manière sporadique à l'été 2012
- Accueil d'une stagiaire en physiothérapie de l'Université de Sherbrooke à l'automne 2012
- Accueil de deux stagiaires en technique de réadaptation physique
- Embauche de deux physiothérapeutes à temps complet
- Développement de deux cours de groupe :
  - Groupe de lombalgies
  - Groupe les «ites» de l'épaule
- Mise en place d'une réunion clinique
- Accueil des étudiants du programme TRP du CMEC dans nos locaux à l'automne 2012 et à l'hiver 2013
- Application d'un plan de contingence en ergothérapie en raison d'une absence
- Formation d'une PAB pour effectuer des tâches déléguées au CHSLD

5.3.1.7 Maladies chroniques

- Ajout de l'asthme aux suivis faits par l'infirmière en maladies chroniques
- Ajout du Centre d'abandon du tabac aux dossiers de l'infirmière en maladies chroniques
- Réorganisation de l'arrêt tabagique dans La Matapédia
- Mise en place de rencontres interdisciplinaires en maladies chroniques
- Participation en tant que «équipe homologue» au projet MSSS/FRSQ/Pfiser de prise en charge de patients souffrant de maladies chroniques du CSSS du Rocher-Percé
- Prise en charge de deux groupes de six personnes atteintes d'au moins une maladie chronique au gymnase de Sayabec à l'automne 2012

5.3.1.8 Nutrition

- Embauche d'une nutritionniste à temps complet
- Finalisation de la mise en place de la politique alimentaire québécoise
- Participation de l'équipe à la transformation du mode de production alimentaire à l'hôpital et au CHSLD

5.3.1.9 Groupe de médecine familiale

- Réflexion sur la modification du type de prise en charge / suivi en GMF pour passer d'une prise en charge individuelle à une prise en charge de groupe

5.3.1.10 Services administratifs et archives

- Mise en place d'un comité d'optimisation des services administratifs
- Uniformisation des méthodes de travail entre les points de services CLSC dans l'organisation des prélèvements
- Acceptation par les archives nationales de la révision du calendrier de conservation des archives du CSSS
- Tenue d'activités dans le cadre de la semaine de sensibilisation à la confidentialité et à la sécurité des actifs informationnels

5.3.2 Direction des services professionnels et hospitaliers

5.3.2.1 Faits saillants de la direction

- Encadrement de la gouverne médicale et en radiologie du CSSS de La Matapédia ;
- Participation à divers comités consultatifs regroupant des directeurs des services professionnels et hospitaliers ;
- Participation au processus de recrutement des médecins et spécialistes ;
- Support stratégique à la direction générale en matière de sécurité et de qualité des services ;
- Consolidation du principe de coresponsabilités médicaux-administratifs;
- Support à l'élaboration d'ordonnances collectives pouvant être mises en œuvre au CSSS de La Matapédia ;
- Participation à divers comités internes visant l'amélioration de la qualité des services.

5.3.2.2 Faits saillants imagerie médicale

- Processus d'acquisition d'un appareil d'échographie ;
- Remplacement de la salle de fluoroscopie ;
- Application des recommandations suite à la visite du Centre d'expertise clinique en radioprotection (CECR) ;
- Optimisation des procédures en traumatologie ;
- Modification à la structure d'encadrement (nomination d'une assistante-chef en imagerie médicale et au service d'électrophysiologie).

5.3.2.3 Faits saillants service d'électrophysiologie

- Révision des tâches de la préposée la fin de semaine et les jours fériés ;
- Processus d'acquisition d'appareils Holter ;
- Instauration d'un service de lecture à distance pour pace-maker.

5.3.3 Direction des soins infirmiers et de la santé publique

5.3.3.1 Soins infirmiers

Afin de mettre en place les mécanismes et suivis permettant d'améliorer notre performance en matière de sécurité et de qualité de services en lien avec la prestation en soins infirmiers.

Les actions réalisées :

- Consolidation du plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier et une réponse favorable de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Engagement et support à l'infirmière praticienne spécialisée
- Continuité des travaux de la gouvernance clinique :
  - Notions de responsabilisation et du leadership infirmier dans la prise en charge de la clientèle
  - Développement d'outils de travail pour améliorer les notes au dossier et des PTI
  - Développement d'ordonnances collectives
  - Processus d'amélioration en lien avec les normes d'Agrément Canada
- Présence d'un support clinique par les conseillères en soins infirmiers auprès des équipes
- Mise en place de comités de travail pour améliorer les chutes et les erreurs de médicaments en lien avec la gestion des risques
- Projet monté et organisé « en collaboration avec la Fondation Action Santé de la Matapédia » un laboratoire en soins infirmiers en lien avec les besoins de formation
- Mise en place d'un programme de préceptorat plus structurant en identifiant 7 préceptrices seniors dans l'ensemble des secteurs d'activités
  - 17 infirmières rejointes
  - 16 infirmières auxiliaires rejointes
- Organisation d'activités de reconnaissance aux infirmières et infirmières auxiliaires par le biais du CECII et CECIIA

5.3.3.2 Prévention des infections

Actions réalisées afin de réduire les risques d'infections nosocomiales, ainsi que leurs impacts à travers le continuum des soins et services :

- Actualisation et suivi du programme en P.C.I
- Lancement d'une campagne du lavage des mains
- Démarche d'amélioration en lien avec l'Agrément canadien
- Mesures de prévention des infections lors de nombreux travaux de rénovation ou de construction

- Révision de la technique de nettoyage et désinfection des chambres des usagers
- Attribution des responsabilités en hygiène et salubrité concernant les zones grises
- Réorganisation et support aux équipes en hygiène et salubrité (outils de travail, traçabilité, etc.)
- Changement dans les produits d'hygiène et salubrité
- Production de procédures de nettoyage et de désinfection
- Participation à une formation en ligne offerte par le CHUQ
- Modification de la politique des visites
- Démarche auprès du comité d'éthique pour les orientations de la gestion des isolements versus les contentions
- Dotation d'une chambre à pression négative pour les isolements aériens
- Sensibilisation en regard de l'utilisation judicieuse des antibiotiques
- Gestion des éclosions durant l'année
    - E.R.V : fin Juin 2013
    - Influenza : janvier 2013
    - Support aux ressources d'hébergement privées
- Rencontres avec le comité ad hoc de gestion d'éclosion (interne)
- Rencontres avec le personnel des unités touchées par l'éclosion pour effectuer des améliorations ou continuer certains aspects de la gestion des éclosions
- Rédaction de rapports d'éclosions

5.3.3.3 Santé publique

- Réalisation d'un plan local de santé publique 2012-2015 selon des activités et des cibles prioritaires :

    1. Soutien aux saines habitudes de vie
    2. Soutien aux initiatives en transport actif sécuritaire, particulièrement en milieux urbains
    3. Prévention des chutes
    4. Prévention du suicide
    5. Prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes
    6. Lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et service de santé sexuelle
    7. Couverture vaccinale
    8. Lutte aux infections nosocomiales
    9. En périnatalité (Initiative des amis des bébés et SIPPE)
    10. En milieu scolaire (approche École en santé)

- Présentation du plan d'action à diverses instances internes et communautaires en tenant compte de la réalité populationnelle selon un concept de naître, grandir et vieillir en santé
- Processus d'embauche d'un conseiller en promotion et prévention de la santé
- Campagne de sensibilisation auprès du personnel infirmier sur la vaccination

5.3.4 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

- Recrutement :

  - Présentation des métiers du réseau de la santé et des services sociaux auprès des étudiants du secondaire
  - Rencontre avec les étudiants en soins infirmiers du Cegep de Matane
  - Collaboration avec Place aux Jeunes en région
  - Journée de recrutement à l'Université Laval
  - Accueil des stagiaires (stages d'observation, stages CFP, stages de niveau collégial et universitaire)
  - Comité Médias sociaux, Agence du Bas-Saint-Laurent
  - Confirmation de trois (3) projets (orthophonie, physiothérapie, ergothérapie), catégorie 4
  - Confirmation de projets catégorie 1 (Externat, CEPI)
  - Entente boursière en ergothérapie

- Politiques :

  - Mise en place d'une politique de vérification des antécédents judiciaires
  - Révision de la politique de stage

- Optimisation :

  - Mise à jour de la durée d'orientation
  - Révision / création des descriptions de tâches en cours
  - Rencontres avec des comités pour trouver des stratégies afin de diminuer le temps supplémentaire
  - Rencontres d'optimisation

- Ressources humaines / paie :

  - Kaizen liste de rappel
  - Alliance de l'Est
  - Semaine de reconnaissance
  - Rencontre d'accueil des nouveaux employés (dîner)
  - Formation microprogramme Lean avec l'UQTR
  - Équité salariale

- Assurance salaire :
  - Plan d'action gestion de la présence au travail
- Organisation du gala à l'occasion de la Fête des 50 ans de l'Hôpital d'Amqui

5.3.5 Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles

- Réalisation des travaux de planification budgétaire, de suivi et de contrôle continu afin d'informer adéquatement les membres de l'équipe de direction dans une prise de décision permettant l'atteinte de l'équilibre budgétaire
- Participation à l'identification des zones de performance et d'optimisation à actualiser au cours de l'exercice 2012-2013
- Support stratégique à la direction générale lors de la présentation de projets à l'Agence régionale
- Support à l'intégration du nouveau gestionnaire des services techniques sous la supervision du directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles
- Élaboration de montages financiers de projets structurants afin d'établir le plan d'investissement nécessaire à leur actualisation
- Coordination du comité de vérification de l'établissement
- Supervision de la réalisation de divers travaux immobiliers :
  - rénovation fonctionnelle en alimentation : liaison froide (production à l'hôpital et distribution à la RMAO) ;
  - maintien des actifs (fenestration à la RMAO)
- Coordination des mécanismes de contrôle prévus au cadre de gestion de la sécurité des actifs informationnels

5.3.6 Direction de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation

5.3.6.1 Qualité

- Dans le cadre de la démarche d'Agrément Canada :
  - Réalisation des sondages pour la satisfaction de la clientèle, mobilisation des employés et sondage sur la sécurité des services ;
  - Évaluation des normes par les différentes équipes qualité et réalisation d'un plan d'amélioration pour chacune des normes ;

- Élaboration du guide d'application des pratiques organisationnelles requises pour le CSSS en incluant les éléments en place et les pistes d'amélioration ;
- Actualisation des dernières recommandations émises par Agrément Canada dans son rapport de 2010.

- Élaboration d'un plan d'action du comité paritaire de santé et sécurité au travail

- Participation au comité qualité régionale pour le développement d'une culture qualité au Bas-St-Laurent et l'établissement d'une collaboration inter CSSS

5.3.6.2 Gestion intégrée des risques

- Mise en place d'un comité de travail sur la distribution des médicaments à la RMAO

- Analyse d'événements sentinelles :

  - Personne violente au CH
  - Chutes avec conséquence grave (2)
  - Début d'incendie à la RMAO

- Analyse rétrospective sur les chutes à conséquence grave à la RMAO

5.3.6.3 Optimisation

- Coordination des démarches LEAN pour la distribution des médicaments à la pharmacie

- Coordination du projet d'optimisation pour :

  - Service d'oncologie
  - Secrétariat points de service du CLSC
  - Pharmacie

- Observation du processus de distribution des repas à la RMAO

- Mise en place de la valise de garde pour la permanence administrative et la sécurité civile

6. MÉCANISMES DE DIFFUSION DE L'INFORMATION À LA POPULATION

Afin d'informer la population de La Matapédia en regard de l'organisation des services qui lui sont dispensés, le CSSS de La Matapédia a :

- tenu une rencontre publique d'information le 22 février 2012
- publié un total de 52 chroniques dans le journal régional
- diffusé l'équivalent de 100 minutes en capsules d'information à la radio locale
- transmis de l'information et mis de la documentation à la disposition de sa population sur son site internet

Pour connaître la satisfaction de sa clientèle en regard des services dispensés, des questionnaires sont mis à la disposition des usagers afin d'évaluer les services reçus. Les résultats de ces sondages sont analysés et pris en compte dans l'amélioration de la qualité des services dispensés.

CONSEILS ET COMITÉS DE LA LSSSS

7. CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

7.1 Conseil d'administration

7.1.1 Liste des membres au 31 mars 2013

Membres du conseil d'administration	
Arseneault, Pierre	Administrateur Membre substitut au comité de vérification
Bérubé, Nancy	Membre du comité administratif Membre du comité de gouvernance et d'éthique
Blanchette, Roger	Membre du comité administratif Membre du comité d'évaluation du directeur général
Boulianne, Yves	Membre du comité de vérification
Caron, Nancy	Membre du comité de vérification
Di Stasio Rafaelle	Administratrice
Lavallière Flavie	Administratrice
Dr Laddada, Kherdine	Administrateur
Lafrance, Normande	Membre du comité de vigilance et de la qualité
Laroche, Geneviève	Administrateur
Leclerc, Jean-Claude	Président du comité de vigilance et de la qualité
Lépine-Pauzé, Frédéric	Membre du comité administratif
Martin, Hélène	Administratrice
Morin, Geneviève	Membre du comité de gouvernance et d'éthique
Paquet, Alain	Membre du comité de gouvernance et d'éthique Secrétaire - directeur général
Pérusse, Claude	Membre du comité de vigilance et de la qualité
Thériault, Jean-Yves	Vice-président et membre du comité de vérification Membre du comité d'évaluation du directeur général
Voyer, Jeanne-d'Arc	Présidente Membre du comité de gouvernance et d'éthique Membre du comité d'évaluation du directeur général

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2013, huit (8) rencontres régulières ont eu lieu.

7.2 Comité exécutif du Conseil des infirmiers et infirmières (CECII)

7.2.1 Liste des membres au 31 mars 2013

Membres du CECII	
Mylène Guénard	Présidente
Lissia Dumont	Vice-présidence
Linda Poirier	Secrétaire
Monique Bernier	Membre
Julie Gaudreau	Membre
Manon Landry	Membre
Michèle Brochu	Membre - CECIIA
Mélanie Bérubé	Membre - CECIIA
Renée-Claude Gagné	Membre - CECIIA
Andréa Lévesque	Membre - CECIIA
Alain Paquet	Membre d'office (directeur général)
Bertin Lévesque	Membre d'office (directeur des soins infirmiers)

7.2.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2013, sept (7) rencontres régulières ont été tenues :

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 1er mai 2012 :*
  - Organisation de la semaine de l'infirmière
  - Questionnaire aux infirmières
  - Politique « Choix de soins » du CMDP
- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 10 mai 2012 (assemblée générale) :*
  - Assemblée générale (rapport des activités et présentation des sujets traités dans l'année 2011-2012);
  - Présentation des enjeux des professions d'infirmière et infirmière auxiliaire par M. Bertin Lévesque, DSI ;
  - Révision du règlement 26 du CECII et CIIA ;
  - Jeu « La classe d'experts » ;
  - Prix de présence pour la semaine de l'infirmière.
- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 21 juin 2012 :*
  - Une brève présentation du projet OPTIMAH par le DSI ;
  - Discussion sur la situation budgétaire en présence du directeur général;
  - Retour sur la semaine de l'infirmière ;
  - Partage des rôles au sein du CECII ;
  - Rencontre avec le directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation: Lean, CPSST et statistiques de la gestion des risques ;

- Règle de soins sur l'administration des médicaments ;
- Plan de formations catégorie 1 ;
- Retour sur la politique « Gestion des stages de formation » ;
- Retour sur les rencontres avec infirmières ;
- Questionnaire aux infirmières ;
- Instrument pour les erreurs de médicaments.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 26 septembre 2012 :*

  - Présentation du projet OPTIMAH par la chargé de projet;
  - Suivi d'une demande faite à la période estivale inf. RMAO ;
  - Processus de désignation des membres de la commission infirmière régionale ;
  - Retour sur les démarches d'optimisation ;
  - Retour de l'OIIQ : plan d'amélioration ;
  - Retour sur le plan de formations ;
  - Colloque CII-CIR 2012 ;
  - Préceptorat ;
  - Planification de la semaine de l'infirmière 2013 ;
  - Questionnaire aux infirmières ;
  - Présentation des ordonnances collectives ;
  - Liste de critères pour la présentation d'une relève régionale ;
  - Tirage des prix de présence suite AGA ;
  - Modification de la texture de la nourriture chez un patient dysphagique en lien avec les ordonnances collectives ;
  - Dossier coloscopie ;
  - Plan d'action : gestion de la présence au travail ;
  - Rôle de l'infirmière auxiliaire ;
  - Règle de soins « Identification du spécimen de pathologie » à la clinique externe ;
  - Agrément ;
  - Vaccination responsabilité professionnels vs population.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 5 décembre 2012 :*

  - Présentation des statistiques de la gestion des risques ;
  - Actes délégués, ordonnances collectives et permanentes ;
  - Visite de l'IPS ;
  - Préceptorat ;
  - Politique de la tenue vestimentaire ;
  - Vaccination et administration épinéphrine par le personnel scolaire ;
  - Retour sur le colloque CII-CIR 2012 ;
  - Semaine de l'infirmière.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 7 février 2012 :*

  - Envoie des documents CECII par clé USB ;
  - Agrément (POR) versus les soins infirmiers ;
  - INTRANET ;
  - Projet politique vérification des antécédents judiciaires ;

- Contention – système de mobilité (TABS) ;
- Kardex de la chirurgie ;
- Feuille de suivi de plaies ;
- Préceptorat ;
- Feuille de notes à cocher ;
- Médication PRN : rôle de l'infirmière et celui de l'infirmière auxiliaire ;
- Modaltés de fonctionnement des rencontres interdisciplinaires ;
- Fusion des comités CECII et CECIIA ;
- Position de l'OIIQ sur les projets LEAN.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 20 mars 2012 :*

  - Plan d'action en santé publique
  - Réorganisation du 2e étage du CH
  - Révision de l'offre de service au 1e étage à la RMAO
  - Plan de formations
  - Agrément (POR) versus les soins infirmiers
  - Le CECII sur l'intranet
  - Ordonnances collectives
  - Plan d'action du comité CSST présenté par le directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
  - OIIQ : Relève régionale et prix reconnaissance
  - Temps de travail du comité : semaine de l'infirmière

Deux rencontres ont été tenus en comité de travail à l'automne 2012 pour traiter d'un questionnaire soumis à l'intention des infirmières (résumé et production de rapport).

Comme activités, le CECII a souligné la Semaine nationale de l'infirmière qui s'est tenue du 6 au 12 mai 2012 sous le thème « Expert tous les jours » et quatre de ses membres ont participé au Colloque CII-CR tenu le 19 octobre 2012.

Avis ou recommandations émis par le CECII en 2011-2012

2012-05-01	À la direction des services professionnels concernant la politique « Le choix de soins : un dialogue qui chemine »
2012-06-21	À la direction des soins infirmiers concernant les formations pour les infirmières pivots et infirmières cliniciennes
2012-06-21	À la direction générale concernant la préoccupation du CECII en regard des suivis médicaux des clients en soins palliatifs à la RMAO
2012-09-26	À la direction générale concernant le retour sur les démarches d'optimisation, suite à la discussion de ce sujet en juin 2012
2012-09-26	À la direction générale sur la préoccupation du CECII en regard des demandes de justification des supplémentaires à la RMAO.
2012-09-26	À la direction des soins infirmiers en regard des formations souhaitées par les infirmières du CSSS.
2012-12-05	À la direction générale sur le retour du colloque CII-CIR
2013-02-07	À la direction des programmes et activités cliniques sur la Procédure « Modalités de fonctionnement des rencontres interdisciplinaires »

7.3 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

7.3.1 Liste des membres au 31 mars 2013

CMDP	
Comité exécutif du CMDP	
Dr Pierre Turbide	Président
Dr Patrick Charland	Vice-Président
DreJacynthe Vallée	Secrétaire
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Dre Claire Jean	Dir. des serv. professionnels et hospitaliers
M. Alain Paquet	Directeur général
Comité d'examen des titres	
Dre Sophie Gervais	Présidente
Dre Claire Jean	Dir. serv. professionnels et hospitaliers
Dre Isabelle Brochu	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	
Dre Mijanou Didier	Présidente
Dre Sonia D'Amours	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Isabelle Brochu	Membre
Mme Pierrette Simard /Mme Sylvie Anctil	Archivistes médicales
Comité de pharmacologie	
DreThuy-Tien Nguyen-Dang	Présidente
Dre Annie Marquis	Membre
Dr KherdineLaddada	Chirurgien général
Dre Manon St-Amant	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Jean Martin	Membre
Mme Claire Dumais	Présidente intérimaire
Comité multidisciplinaire de traumatologie (équipe médicale seulement)	
Dre Geneviève Simard-Racine	Présidente
Dre Claire Jean	Dir. Serv. professionnels et hospitaliers
Dr Yahia Zine	Anesthésiologiste
Dr Omar Hasan	Chirurgien général
Dr Kherdine Laddada	Chirurgien général
Dre Agnès Pascot	Chef du serv. d'urgence et soins intensifs

Département de médecine générale	
Dr Patrick Charland	Chef du département
Dr André Aboussafy	Membre
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dr Pierre Bornais	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dre Isabelle Brochu	Membre
Dr Sonia D'Amours	Membre
Dre Mijanou Didier	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dr Jean Gauthier	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Claire Jean	Membre
Dre Annie Marquis	Membre
Dr Jean Martin	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Agnès Pascot	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Dre Manon St-Amant	Membre
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre
Dr Pierre Turbide	Membre
Dre Jacynthe Vallée	Membre
Département de chirurgie et d'anesthésie	
Dr Omar Hasan	Chef du département
Dr Kherdine Laddada	Membre
Dr Yahia Zine	Membre
Service d'obstétrique	
Dre Sophie Gervais	Chef du service
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Service d'urgence et des soins intensifs	
Dre Agnès Pascot	Chef du service
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Patrick Charland	Membre
Dre Mijanou Didier	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Annie Marquis	Membre
Dre Manon St-Amant	Membre
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dr Pierre Turbide	Membre

Nombre de réunions tenues au cours de l'exercice financier 2012-2013 pour chacun des comités ou départements :

Nom du comité	Nombre de réunions
Comité exécutif du CMDP	10
Comité d'examen des titres	4
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	5
Comité multidisciplinaire de traumatologie	9 dont 4 études de dossiers
Comité de pharmacologie	4
Département de médecine générale	4
Département de chirurgie et d'anesthésie	5
Service d'obstétrique	3
Assemblée générale du CMDP	5
Service d'urgence	2

7.3.2 Les faits saillants

7.3.2.1 Les effectifs médicaux en omnipratique

Au 31 mars 2013, notre plan d'effectifs en omnipratique était de 21 omnipraticiens sur un total de 26 (80%). Sur les 21 omnipraticiens, 2 exercent une pratique majoritaire en cabinet privé, 1 occupe le poste de DSPH à raison de 2 jours/semaine en plus d'une pratique en cabinet privé de 3 jours/semaine et 1 est consultant en gériatrie.

Répartition des membres dans les secteurs d'activités suivants :

Urgence	Tournée Hospitalière	Obstétrique	Programmes relevant du CLSC	Soins de longue durée	Oncologie
13	14	4	4	18	3

La mise à jour du site Internet (www.chamqui.com) a été poursuivie afin d'assurer une visibilité de notre milieu.

La participation aux activités habituelles de recrutement (*Journée Carrières Québec en octobre 2012 et la Journée d'accueil des résidents en médecine familiale de l'Université Laval en juillet 2012*) a été maintenue avec l'objectif de promouvoir notre région et de susciter un intérêt pour l'installation de candidats dans notre milieu. De plus, une visite des résidents de l'Unité de médecine familiale de Rimouski s'est tenue en avril dernier afin de faire connaître notre équipe et la pratique dans notre milieu compte tenu que ceux-ci ont déjà un intérêt pour travailler dans la région du Bas-Saint-Laurent. Le profil des candidats recherchés dans les diverses activités de recrutement étant ceux ayant un intérêt de pratique pour l'urgence et la prise en charge de la clientèle compte tenu que ces secteurs d'activités s'avèrent déficitaires. Sept candidats ont répondu à notre invitation et ont visité notre milieu. Malheureusement, aucun de ceux-ci n'a choisi notre établissement ce qui aura des impacts importants sur la situation de nos effectifs en omnipratique.

Je désire remercier le Dr Patrick Charland pour son implication dans l'organisation de ces visites et pour les relances effectuées auprès des candidats.

En raison des 4 départs qui n'ont pu être remplacés et de 2 congés de maternité en cours, nous avons dû faire appel à nouveau au mécanisme de dépannage à l'urgence à raison de 25 quarts par mois à l'urgence, de 1 semaine sur 4 en courte durée et de 1 semaine par mois en obstétrique.

Je désire souligner le travail des membres du service d'obstétrique et de l'oncologie qui ont maintenu l'offre de service malgré une baisse de ses effectifs au cours de cette période en plus d'absorber une charge additionnelle dans les autres secteurs d'activités comme nous tous. Ceci n'aurait pu être possible sans le dévouement inconditionnel de chacune d'entre elles. Un merci spécial est adressé à la Dre Guylaine Lauzon qui s'est impliquée activement à l'implantation d'un service d'oncologie à notre établissement et à l'organisation de celui-ci dans notre milieu jusqu'à son départ. La Dre Mélanie Blanchette s'est jointe aux 3 autres membres du service d'oncologie assurant ainsi une couverture médicale adéquate pour la clientèle.

De plus, je ne saurais passer sous silence le support assidu apporté par la Dre Jacynthe Vallée qui cumule plus de 30 ans de services mais qui poursuit tout de même ses activités à la tournée hospitalière en plus d'assumer les fonctions de coordonnatrice médicale, représentante au département régional de médecine générale (DRMG), responsable du GMF et responsable de l'éducation médicale continue. Il en est de même des docteurs Pierre Bornais, Jean Gauthier et André Aboussafy qui sont membres associés mais qui poursuivent leur implication auprès des clients en soins de longue durée et en soins à domicile. Le départ de 2 d'entre eux pour une retraite bien méritée d'ici 2014 nécessitera de revoir à nouveau l'organisation des services notamment pour la prise en charge de la clientèle vulnérable.

7.3.2.2 Les effectifs médicaux en spécialités

Les travaux relatifs pour diminuer la liste d'attente en endoscopie ainsi que pour les petites chirurgies se poursuivront au cours de la prochaine année afin d'atteindre les objectifs fixés. Des ressources ont été consacrées afin de s'assurer que tous les clients en attente d'une endoscopie soient compilés sur le système de gestion SISOP assurant ainsi une gestion optimale de la liste d'attente.

Un nouveau service de sclérothérapie pour le traitement de varices est maintenant offert par le Dr Omar Hasan, évitant ainsi à notre clientèle de se déplacer à l'extérieur de la région pour obtenir ce service.

En prévision du départ à la retraite du Dr Leslie Keighan et afin d'assurer la pérennité du département d'imagerie médicale, une démarche est en cours avec l'équipe de radiologistes du CSSS de Rimouski-Neigette afin de convenir d'une entente de services visant à couvrir l'ensemble de nos besoins en terme de présence sur place d'un radiologiste et pour la lecture des images via le PACS. L'étude des critères requis pour la reconnaissance de super technicienne en échographie dans notre milieu est également en cours.

Les services de consultation en médecine interne pour lesquels nous avons conclu une entente de services avec le CSSS de Rimouski-Neigette n'ont pas encore débuté en raison d'un congé de maternité en cours.

7.3.2.3 Les effectifs en pharmacie

L'établissement a dû recourir au mécanisme de dépannage en pharmacie l'équivalent d'environ 12 semaines en raison d'un congé de maternité en cours et d'un congé de maladie longue durée. Un prêt de services a été convenu avec le CSSS de La Mitis afin d'assurer la présence d'une pharmacienne sur une base régulière et en support à l'équipe en place.

7.3.2.4 Les activités médico-administratives

Les différents comités du CMDP se sont réunis régulièrement au cours de la dernière année comme en témoigne le rapport d'activité qui suit. Les activités médico-administratives ont subi une légère baisse en raison de la pénurie de nos effectifs. Une décision sera prise sous peu afin de modifier le calendrier de rencontres des comités du CMDP pour l'année 2013-2014 conformément au plan d'action découlant de rencontres du comité de travail sur l'état de situation des effectifs en omnipratique.

Je profite de l'occasion pour remercier les présidentes de ces comités, Mme Claire Dumais, les docteurs Sophie Gervais, Mijanou Didier et Geneviève Simard-Racine pour leur implication assurant ainsi la bonne marche des comités dans ce contexte.

Les rencontres des départements et services se sont également tenues sur une base régulière permettant d'échanger sur les aspects spécifiques de la pratique, que ce soit en médecine générale, à l'urgence, en obstétrique, en chirurgie générale et en anesthésie. Je tiens également à souligner le travail des chefs de départements et services du CMDP, les docteurs Charland, Gervais, Pascot et Hasan qui ont été sollicités au cours de leur mandat.

Le Comité exécutif du CMDP a pris à son tour un virage vert au cours de la dernière année en délaissant les photocopies au profit de la projection des documents lors de ses rencontres comme plusieurs comités du CMDP.

Grâce aux travaux assidus du Comité de traumatologie amorcés sous la présidence de la Dre Mijanou Didier et finalisés par la suite sous celle de la Dre Geneviève Simard-Racine, notre établissement a reçu sa certification à titre de Centre de traumatologie primaire par le Groupe conseil en traumatologie confirmant l'atteinte des standards de qualité. Nous tenons à remercier tous les membres du Comité multidisciplinaire de traumatologie pour leur implication découlant des travaux du cahier de procédures en traumatologie.

7.3.2.5 Les activités d'éducation médicale continue

Plusieurs activités d'éducation médicale continue ont été offertes à l'équipe médicale de même qu'aux externes et résidents en médecine familiale. La coordination de ces activités est effectuée par la Dre Jacynthe Vallée que nous désirons remercier chaleureusement pour son implication visant à favoriser le perfectionnement professionnel.

Des clubs de lecture traitant de sujets d'actualité ou de discussion de cas se sont tenus régulièrement dans le cadre de la journée médicale. Cette activité a été sous la responsabilité de la Dre Geneviève Simard-Racine que nous remercions également pour la coordination.

Par ailleurs, le 6 avril dernier, une activité régionale a été organisée sous la responsabilité de la Dre Manon St-Amant afin de permettre la certification en réanimation cardiorespiratoire (ACLS) pour les médecins, infirmières de l'urgence et inhalothérapeutes de notre établissement.

Les chirurgiens généraux et l'anesthésiologiste ont poursuivi leur participation par visioconférence à des clubs de lecture en chirurgie générale et en anesthésie en collaboration avec le CHUQ et l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Quant aux médecins du service d'urgence, ils ont également participé par visioconférence au programme de perfectionnement professionnel en médecine d'urgence avec l'Université Laval sur divers sujets en médecine d'urgence.

7.3.2.6 Les activités d'enseignement

Pour la période 2012-2013, nous avons reçu 4 externes juniors, 4 résidents en médecine familiale et de 5 résidents en médecine d'urgence spécialisée. La Dre Sonia D'Amours est coordonnatrice locale et s'assure d'une exposition adéquate de ces étudiants selon les objectifs et le niveau de stage. Nous désirons souligner le travail de cette dernière dans l'organisation des activités cliniques visant à faire connaître les nombreux attraits d'une pratique médicale loin des grands centres.

7.3.3 Plan de travail pour l'année 2013-2014

Voici les principaux dossiers qui retiendront notre attention pour la prochaine année :

7.3.3.1 En spécialités

Le département de chirurgie et d'anesthésie poursuivra les travaux amorcés afin d'améliorer les délais d'attente pour une chirurgie élective et pour l'atteinte des objectifs quant aux services en endoscopie et pour les petites chirurgies.

Il devra produire au Comité exécutif, le cas échéant, un rapport quant aux taux de complication et de conversion en regard des chirurgies coliques par laparoscopie.

Il sera invité à participer à l'élaboration d'une liste d'interventions chirurgicales pouvant être réalisées dans notre établissement et des conditions associées pour certaines d'entre elles.

Quant aux services d'anesthésiologie, le support des anesthésiologistes de l'Hôtel-Dieu de Lévis s'est maintenu répondant aux besoins du Dr Yahia Zine. Nous désirons souligner la chance que nous avons de pouvoir compter sur cette équipe afin d'assurer des périodes de repos et de ressourcement à notre anesthésiologiste. Un merci spécial est adressé au Dr Gino Perron pour son dévouement à cet égard.

Le déploiement du réseau Télésanté par le MSSS qui vise entre autres à rendre des services sur-spécialisés en région éloignée se poursuivra au cours de la prochaine année notamment en cardiologie et dans le soin des plaies complexes. Nous en sommes pour l'instant à la configuration de la station et à la formation du personnel qui utilisera le chariot clinique dans le soin de plaies complexes.

Les travaux relatifs à la conclusion éventuelle d'une entente de services avec l'équipe de radiologistes du CSSS de Rimouski-Neigette se poursuivront au cours de la prochaine année de même que le support apporté pour la formation de super technicienne en échographie.

7.3.3.2 En omnipratique

Le contexte provincial et régional apporte des contraintes additionnelles au recrutement d'omnipraticiens en région comme par exemple l'instauration d'une nouvelle catégorie d'activités médicales particulières mixtes et de nombreux postes disponibles dans les établissements en périphérie.

Nous devrons consacrer tous les efforts requis au recrutement afin de tirer notre épingle du jeu dans un tel contexte.

En attendant de recruter, nous poursuivrons avec la direction les travaux amorcés visant à cibler les activités médicales prioritaires à conserver et pour l'application d'un plan de contingence pour une période temporaire dans le but de maintenir un climat de travail stimulant et viable pour l'équipe médicale en place.

Le départ de quatre collègues en 2012 et d'un cinquième départ annoncé à l'été 2013 auquel s'ajoute un départ à la retraite en juin ont fragilisé notre équipe. Devant le caractère urgent et précaire de la situation reliée au plan d'effectifs médicaux en omnipratique, le support de la direction sera certainement un atout important pour maintenir la mobilisation de l'équipe devant le contexte difficile qui s'amorce pour la prochaine année.

7.3.4 Activités des différents comités du CMDP

7.3.4.1 Comité exécutif du CMDP

Sujets discutés :

- Étude et adoption des recommandations formulées par le Comité d'examen des titres, le Comité de pharmacologie, le Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, du département de médecine générale, du département de chirurgie et d'anesthésie, du service d'obstétrique et du service d'urgence
- Situation ERV
- Situation en chirurgie générale
- État de situation des listes d'attente en endoscopie
- Suivis des travaux relatifs au Lac-à-l'Épaule
- Désignation d'un médecin pour le projet clinique « Maladies chroniques pour l'implantation du suivi systématique »
- État de situation sur les travaux réalisés au module courte durée
- État de situation en radiologie
- Mesures pour améliorer les communications entre le médecin conseil au service santé et les médecins traitants
- État de situation concernant l'approvisionnement des produits injectables de la Cie Sandoz
- État de situation des listes d'attente en physiothérapie
- Continuum des services AVC
- Modalités de fonctionnement pour la référence entre professionnels de réadaptation pédiatrique
- Approbation pour procéder à une analyse de données sur l'incidence des cas de pneumonie dans notre MRC
- Processus budgétaire
- Avis de départ du médecin examinateur
- Adoption de la politique et procédures « Médecins anesthésiologistes au CSSS de La Matapédia »
- Demande d'inscription du groupe sanguin dans MédiClinic
- Procédure pour l'inscription du diagnostic dans Stat-Dev
- Réseau sans fil à l'urgence
- Adoption d'ordonnances collectives
- Nomination d'un président d'élection
- Adoption de politiques et procédures administratives
- Présentation du plan de travail de la direction générale
- Recommandation favorable pour la nomination d'un médecin examinateur
- Étude des tableaux comparatifs – Statistiques médico-hospitalières 2008-2009, 2009-2010 et 2010 et 2011
- Information sur le SIGACO vs Départ des médecins
- Situation financière 2012-2013
- Planification d'un Lac à l'Épaule sur les soins de première ligne
- État de situation – Personnel infirmier – Été 2012
- Présentation du plan de travail de la DSPH pour l'année 2012-2013
- Adoption du mode de fonctionnement pour l'analgésie périmédulaire (neuraxiale) en perfusion continue avec cathéter en place

- Modalités de communication entre le personnel infirmier en SLD et le médecin traitant
- Prise en charge de la clientèle de l'unité fermée à la Résidence Marie-Anne Ouellet par un seul médecin
- Relocalisation temporaire de la gériatrie active
- Présentation des statistiques –Gestion des risques
- Désignation d'un médecin au Comité d'éthique
- Constat de décès à distance en préhospitalier
- Visite d'inspection professionnelle du CMQ
- Modalités de la liste d'attribution des patients sans médecin traitant admis en SLD
- Répartition des membres dans les comités et projets cliniques
- Organisation des services en radiologie
- Contribution au Gala du 50e de l'Hôpital d'Amqui
- Présentation du plan d'optimisation et d'efficience organisationnelle
- Fonctionnement de la couverture médicale en gériatrie
- Travaux relatifs au processus d'Agrément
- Adoption de critères et de modalités de fonctionnement en chirurgie générale
- Clinique de pacemaker au CSSS de La Matapédia
- Étude des rapports de visite du microbiologiste
- Offre de services en biochimie médicale
- Offre de formation sur le rôle du coroner
- Étude des rapports – Visite d'inspection professionnelle du CMQ
- Étude du plan d'action du Lac à l'Épaule sur l'organisation des services de première ligne
- Prescription de diète à la RMAO – Modalités
- Accès aux résultats des examens diagnostiques par les médecins spécialistes
- État de situation – Service alimentaire
- Gestion des dossiers d'assurance-salaire – CSMM
- Information sur l'utilisation du transport EVAQ et DASH
- Présentation du plan d'action local en santé publique
- Nouvelle répartition de forfait de garde en disponibilité
- Organisation des services en regard d'un client admis en courte durée
- Code de réanimation cardiorespiratoire à l'étage
- État de situation des GMF dans le Bas-Saint-Laurent
- Inscription de la clairance de la créatinine
- État de situation du recrutement en omnipratique
- Informations découlant des rencontres du Département régional de médecine générale (DRMG)

7.3.4.2 Comité d'examen des titres

Le comité a procédé à l'étude des demandes de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens désirant un statut et des privilèges au sein du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi qu'aux demandes d'ajout ou de modification de privilèges. Il a également procédé au renouvellement des privilèges pour l'ensemble des membres du CMDP pour une période de 3 ans.

7.3.4.3 Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Sujets discutés :

- Étude des dossiers de décès à l'urgence
- Étude des dossiers de décès à l'interne
- Planification des projets d'étude pour l'année
- Étude par critères explicites sur la note d'admission des dossiers de décès internes
- Révision de dossiers en vue de l'étude sur l'utilisation de l'Ondansétron par voie orale à l'urgence chez enfants de 6 mois à 1 an

7.3.4.4 Comité de pharmacologie

Sujets discutés :

- Prescription séquentielle de narcotiques en soins palliatifs
- QTc et médicaments
- Acidocétose diabétique
- Pénurie de médicaments injectables – Cie Sandoz
- Revue des effets secondaires des médicaments
- Narcotiques et protocole de Narcan
- Étude HG) et IRC
- Nouveau DT d'admission
- Protocole de traitement et de prévention de la constipation
- Douleur aiguë (gestion par protocole)
- Gérance des antimicrobiens
- Ajout du Brilinta au formulaire de l'hôpital
- Révision du protocole des travailleurs exposés aux liquides biologiques
- Planification de nouveaux sujets pour l'année 2012-2013

7.3.4.5 Comité multidisciplinaire de traumatologie

Sujets discutés :

- Étude de dossiers de polytraumatisés
- Présentation du feuillet explication des TCCL
- Adaptation des protocoles TDM à la clientèle pédiatrique
- Information sur le Smart Bag en préhospitalier
- Échange sur les voies d'accès
- Identification des infirmières désignées au polytraumatisé
- Révision des processus dans les secteurs d'activités
- Budget de formation demandé pour le personnel infirmier à l'urgence
- Présentation des guides cliniques de L'INESSS
- Préparation à la visite du Groupe conseil en traumatologie
- Révision du cahier de procédures en traumatologie
- Registre des traumatismes
- Transfert de la clientèle pédiatrique et des parents traumatisés
- Rencontre avec le Groupe conseil de traumatologie
- Étude des recommandations du Groupe conseil de traumatologie

7.3.4.6 Département de médecine générale

Sujets discutés :

- Présentation du projet OPTIMAH
- Liste d'attente en endoscopie
- Modalité de fonctionnement Stat-Dev
- Présentation de l'OC-initier la thérapie de remplacement à la nicotine
- Présentation de l'OC-Traitement et prévention de la constipation en courte durée
- Bilan comparatif des médicaments
- Informations sur le déroulement des travaux au module courte durée
- Dosage des lactates
- TCCL – recommandations
- État de situation – ERV
- Informations sur les travaux de remplacement de l'appareil de fluoroscopie
- Procédure SMU – Urgence
- Information sur le mécanisme de dépannage
- Présentation de l'outil de communication en SLD
- Filtration glomérulaire
- Vitamine K
- Réaction anaphylactique des clients en oncologie – procédure
- Révision du protocole de douleur rétro sternale à l'urgence
- Procédure de demande de dossiers antérieurs à l'urgence
- Avis favorable à la nomination d'un nouveau médecin examinateur
- Demandes d'équipements
- Information sur la répartition des membres dans les comités et projets cliniques
- Situation – recrutement médical
- Sensibilisation des médecins concernant les clients en hébergement de fin de vie à la RMAO
- Informations de la coordonnatrice locale et représentante du DRMG et de l'éducation médicale continue
- Transfert des patients post-thrombolysés
- Impact de la loi 21 sur les demandes de services en ergothérapie
- Sensibilisation au code de priorisation 4-5 à l'urgence la nuit
- Garde au TDM et TDM C-
- Répartition de la clientèle vulnérable suite aux départs des médecins
- Candidate IPS
- Analyses pharmacologiques et toxicologiques
- Rappel des recommandations suite aux études de dossiers de polytraumatisés
- Choix de vacances
- Présentation du plan d'action sur l'organisation des services médicaux de première ligne
- Présentation des mesures d'efficience au laboratoire
- Processus de sélection du nouveau DMÉ
- Rappel sur les dossiers à compléter aux archives
- Informations de la coordonnatrice locale des stages en médecine
- Informations de la responsable du service d'urgence et des soins intensifs

7.3.4.7 Département de chirurgie et d'anesthésie

Sujets discutés :

- Bris des scopes en endoscopie – état de situation
- Adoption de la politique et procédures- Modalités de fonctionnement du médecin anesthésiologiste
- Étude des recommandations du coroner sur les pompes
- Chirurgie colique par laparoscopie
- Modalités de fonctionnement pour l'analgésie périmédulaire (neuraxiale) en perfusion continue avec cathéter en place
- Suivi de la rencontre sur l'organisation des services en endoscopie
- Priorisation des cas
- Petites chirurgies
- Étude par critères explicites sur les complications post-herniorraphie inguinale
- Étude des dossiers de complication en chirurgie générale
- Dépôt des listes de garde en chirurgie générale
- Statistiques en endoscopie
- Discussion sur le fonctionnement du bloc opératoire
- Information sur les listes d'attente
- Sclérothérapie
- Demande d'équipement pour l'année 2015-2016

7.3.4.8 Service d'obstétrique

Sujets discutés :

- Dépistage ITSS
- Protocole d'auto-médication de la patiente en post-partum
- Statistiques des césariennes et épidurales
- Document AVAC
- Études AMPRO
- Utilisation du Duratocin en salle d'opération pour la prophylaxie de l'hémorragie lors des césariennes
- Registre des discordances clinicoradiologiques en échographie
- Révision du protocole de tocolyse
- Discussion sur la tenue de dossiers obstétricaux lors des cliniques de suivis des grossesses de 36 semaines et plus
- Gaz artériel prélevé sur sang du cordon
- Refroidissement thérapeutique
- Clarté nucale
- Streptocoque B
- Retrait préventif
- Discussion de cas cliniques
- Modalités de garde en obstétrique
- Étude de dossiers

7.3.4.9 Assemblée générale

Sujets discutés :

- Rencontre avec le Dr Michel Morissette, médecin conseil au Service santé;
- Médecins spécialistes VS médecins traitants
- Avantages secondaires
- Analyse systématique des dossiers
- Présentation de la feuille de niveaux de soins
- Informations sur le fonctionnement de Stat-Dév
- Informations sur les listes d'attente en endoscopie
- Rapport de cultures
- Lactates
- Groupe sanguin
- Projet d'amendement aux règlements du CMDP – Article 12 – Les ordonnances
- Clients de l'unité fermée au 3e étage de la RMAO
- ÉDU
- Transfert ambulancier
- Recrutement en physiothérapie
- Octaplex
- Continuum de services pour la clientèle AVC
- Formation ACMDP
- Demande de dossiers antérieurs à l'urgence
- Visite des résidents
- Mucomyst
- Rencontre projet clinique « Maladies chroniques pour l'implantation du suivi systématique »
- Info-EMC
- Info-DRMG
- Présentation du rapport annuel du médecin examinateur
- Présentation du rapport annuel du CMDP
- Médecin désigné au Comité d'éthique
- Présentation de l'OC-Traitement de cessation tabagique à l'aide de thérapie de remplacement à la nicotine ou de médicaments tels que Varénicline
- Présentation de l'outil de communication en soins de longue durée
- Élection des membres du Comité exécutif du CMDP
- Médecin répondant pour les soins à domicile
- Tournoi de golf au profit de la Fondation Action-Santé de La Matapédia
- Organisation des services pour un client avec besoins médicaux spécifiques en courte durée
- Présentation des modalités de répartition des clients sans médecin de famille admis en SLD
- Transfert temporaire de la clientèle UCDG
- Informations de la coordonnatrice locale des stages en médecine
- Informations du Comité de traumatologie
- TDM chez la clientèle pédiatrique
- Procédure pour les rendez-vous semi-urgents de la clientèle de l'urgence
- Signature du médecin dans l'autorisation des transports
- Info-GMF

- ÉTIAMEST
- Présentation de l'étude par critères explicites sur les médicaments allongeant l'Intervalle Qt et leur utilisation à notre établissement
- Transfert des patients et présence médicale
- Sclérothérapie
- Vasectomie sans bistouri
- Scopie vs risques pour les patients diabétiques
- Souper de Noël du CMDP
- Information de la représentante
- Adoption de la politique – Implication médicale en soins de longue durée
- Organisation des services en radiologie
- Entente en télésanté
- Certification de l'IPS
- Modalités de références de la clientèle CSST-SAAQ
- Nouveau logiciel pour les listes de garde à l'urgence
- Rapport de culture à l'urgence – Rappel de la procédure
- Profil pharmaceutique de la pharmacie communautaire
- Vitamine B12 per os
- Présentation de l'Intranet
- Présentation de la démarche d'optimisation et d'efficience organisationnelle – Stratégie d'action – Situation budgétaire 2012-2013 et 2013-2014

7.3.4.10 Service d'urgence et des soins intensifs

Sujets discutés :

- Liste de garde – Période des fêtes
- Rappel des critères du CMQ concernant le transfert interétablissement avec présence médicale requise
- Demande d'équipement pour l'année 2015-2016
- Installation d'attelles plâtrées
- Mise à jour des algorithmes ACLS (adulte et pédiatrique)

7.4 Conseil multidisciplinaire

7.4.1 Suite à l'assemblée générale annuelle tenue le 14 juin 2012, l'exécutif du conseil multidisciplinaire était composé au 31 mars 2013 de :

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	
Alexis D'Aoust-Tremblay	Président
Frédéric Pauzé-Lépine	Vice-président
Karen Smith	Secrétaire
Christine Boucher	Membre
Carole-Anne Gonthier	Membre
Marcelle-Ange Madore	Membre
Julie Ruel	Membre
Alain Paquet	Membre nommé d'office (directeur général)

Les postes d'officiers ont été proposés à l'ensemble des membres de l'exécutif et c'est avec l'accord de tous les membres que les deux seuls hommes ont été nommés officiers malgré une majorité féminine.

7.4.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Suivant l'habitude créée depuis le tout début du CM, les discussions lors des rencontres ont été franches et soutenues. Les rencontres se sont tenues en majorité les premiers jeudi de chaque mois de 11 h 30 à 13 h 30. En tout, le comité s'est rencontré 9 fois en 2012-2013, soit une rencontre de moins que l'an passé.

Le comité tient à remercier le secrétariat de la direction générale pour sa précieuse collaboration tout au long de l'année.

Principaux dossiers travaillés en 2012-2013

- Avis sur la politique vestimentaire
- Avis sur la politique de consentement aux soins
- Avis sur le plan de gestion des locaux
- Avis sur la conciliation travail famille
- Avis sur la politique d'antécédents judiciaires
- Avis sur la procédure des équipes interdisciplinaires
- Avis sur le plan local de santé publique
- Suivi de la demande lors de l'AGA 2012 de s'assurer de la pérennité du service de physio-pédiatrique
- Suivis des demandes et des avis transmis à la direction générale en collaboration avec celle-ci
- Recherche de candidatures et nomination de Frédéric Lépine-Pauzé comme représentant du CSSS de La Matapédia à la commission multidisciplinaire régionale
- Préparation l'assemblée générale annuelle
- Discussions, information et suivis sur les divers dossiers de l'organisation: agrément, optimisation, ERV, optimisation des services alimentaires, etc.

Les avis et recommandations ainsi que les comptes-rendus des rencontres sont disponibles pour consultation au besoin sur le réseau informatique.

Avec ce travail nous pouvons affirmer que le plan d'action que nous avions présenté à l'AGA de l'an dernier a été en grande partie réalisé. Les quelques points qui n'avaient pas été finalisé l'ont été depuis le 31 mars dernier.

Plan d'action 2013-2014

- Poursuivre les avis sur les dossiers importants pour l'organisation
- Promouvoir la mise en place de comité de pairs et de travail
- Promouvoir auprès de la direction et des instances la consultation du conseil multidisciplinaire sur leurs projets
- Rendre disponible les avis et les comptes-rendus sur intranet
- Poursuivre le suivi des avis émis et la collaboration avec la direction
- S'assurer du suivi des recommandations du conseil multidisciplinaire

7.5 Comité de vigilance et de la qualité

7.5.1 Liste des membres au 31 mars 2013

Comité de vigilance et de la qualité	
Jean-Claude Leclerc	Président
Claude Pérusse	Membre
Normande Lafrance	Membre
Suzanne Bérubé	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Alain Paquet	Membre d'office (Directeur général)
Gino Beaudoin	Directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation (directeur invité)

Les membres du comité de vigilance se sont réunis trois (3) fois au cours de l'année 2012-2013. Les principaux sujets qui ont été traités :

- analyse périodique du rapport du commissaire aux plaintes et du médecin examinateur et suivi des recommandations au conseil d'administration ;
- suivi de réalisation des différentes recommandations faites au CSSS de La Matapédia ;
- analyse des statistiques en regard des accidents et incidents survenus au CSSS de La Matapédia.

7.5.2 Faits saillants issus du rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTE, D'ASSISTANCE ET D'INTERVENTION 2012-2013

Le tableau qui suit représente le nombre de plaintes reçues et conclues par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur. Il rend aussi compte des activités d'assistance et d'intervention. Il s'agit de données brutes qui se veulent une vue d'ensemble. Au total, 27 dossiers ont été reçus par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Parmi les dossiers de plainte traités par la commissaire et le médecin examinateur aucun dossier n'a été transmis en deuxième instance. Également aucune demande n'a été transmise au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour formation d'un Comité disciplinaire.

PLAINTES									
PLAINTES		**ASSISTANCES**		**INTERVENTIONS**		**CONSULTATIONS**		**TOTAL**	
2011-2012	**2012-2013**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2011-2012**	**2012-2013**
16	**18**	**9**	**5**	**1**	**0**	**N/A**	**3**	**33**	**27**

PLAINTES MÉDICALES	
2011-2012	**2012-2013**
7	**1**

DEMANDES					
PROTECTEUR DU CITOYEN		**COMITÉ DE RÉVISION**		**COMITÉ DISCIPLINAIRE**	
2011-2012	**2012-2013**	**20101-2012**	**2012-2013**	**2011-2012**	**2012-2013**
0	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Pour l'année 2012-2013, le nombre de plaintes a connu une légère augmentation. Les demandes d'assistance et d'intervention ont pour leur part légèrement diminuées. Les demandes de consultations ont connu une augmentation au cours de l'année. Les demandes d'assistance proviennent d'usagers ou de leur représentant qui éprouvent des insatisfactions à l'égard des soins et services qu'ils ont reçus ou désirent de l'information sur leurs droits, une procédure ou encore valider une information obtenue. L'issue d'une demande d'assistance va de la clarification d'une situation à l'obtention d'un soin ou d'un service.

Quant aux demandes d'intervention, celles-ci proviennent également d'usagers ou de leur représentant qui veulent porter une situation à mon attention ou encore solliciter mon aide pour obtenir des soins ou services mais que ne veulent pas déposer une plainte. Les demandes de consultation proviennent habituellement des gestionnaires ou du CAAP et portent sur le régime d'examen des plaintes ou sur l'organisation des services.

Les demandes d'assistance et d'intervention requièrent quelquefois autant de temps que l'analyse d'un dossier de plainte et demandent autant de connaissances des mécanismes de prestation de services et des droits des usagers que les dossiers de plaintes. Tout comme les dossiers de plainte, les demandes d'assistance peuvent être l'occasion d'améliorer les soins et les services dispensés à la clientèle.

Délai de traitement des dossiers de plainte

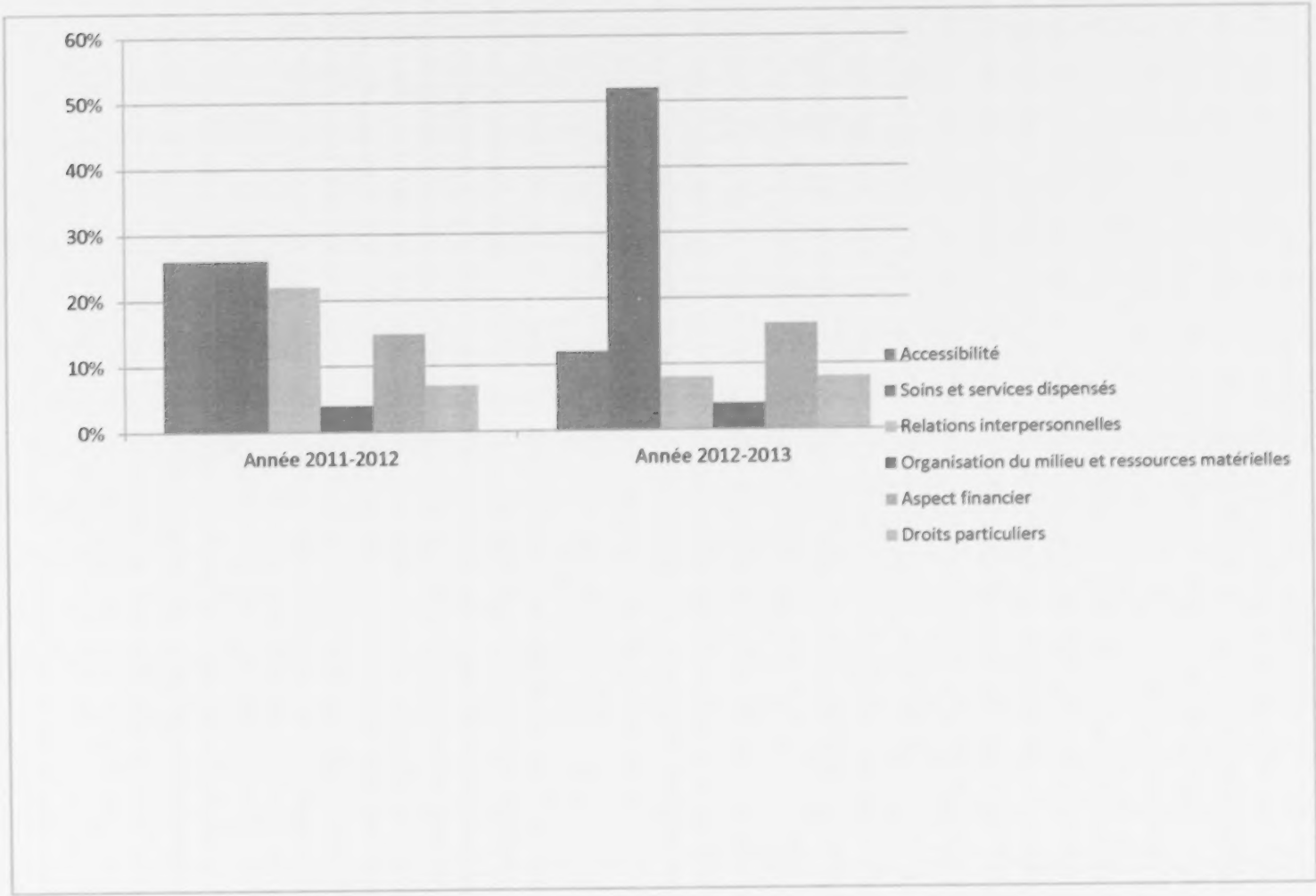
Cette année, le délai moyen pour le traitement d'un dossier de plainte est de 26 jours.

Motifs de plainte et niveau de traitement

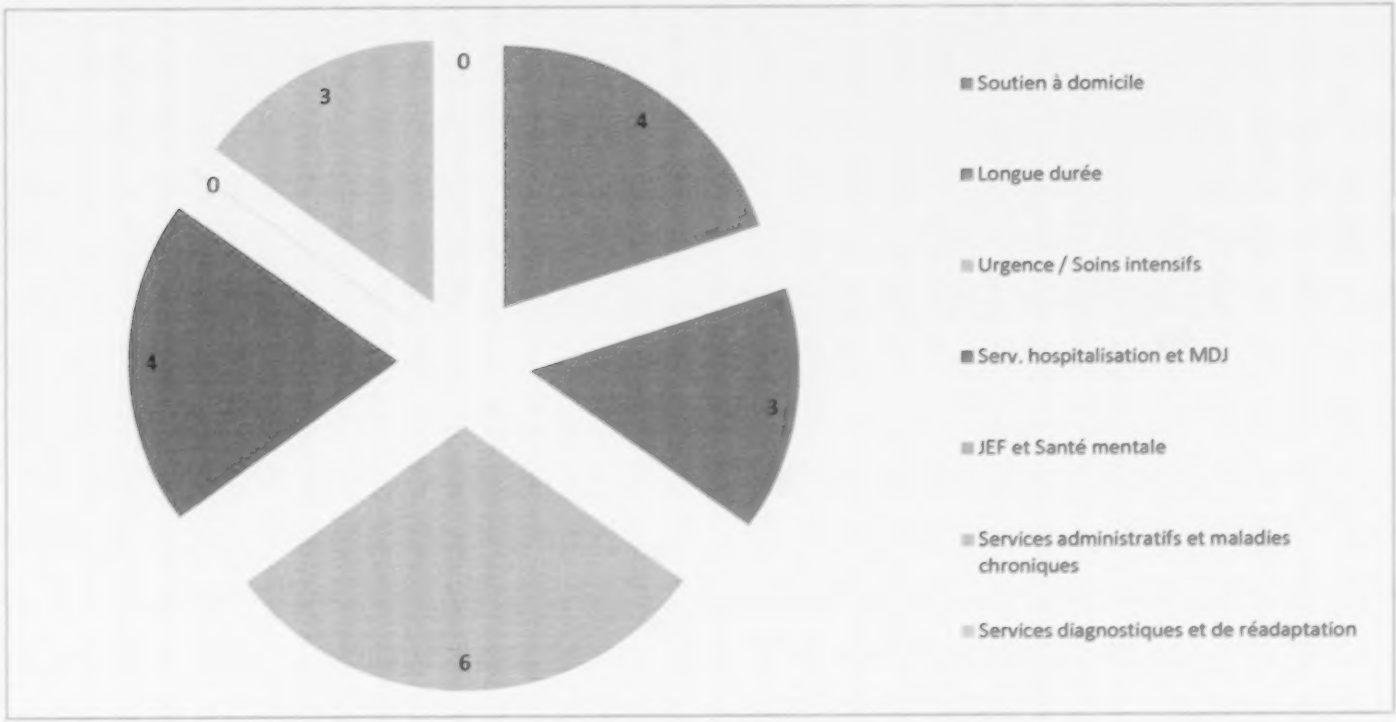
Motifs de plainte	2011-2012	2012-2013
Accessibilité	7	3
Soins et services dispensés	7	13
Relations interpersonnelles	6	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	1
Aspect financier	3	4
Droits particuliers	3	2
Autres	0	0

Niveau de traitement des motifs de plainte	2011-2012	2012-2013
Rejeté sur examen sommaire ou traitement interrompu ou abandonné	1	1
Recommandations visant l'amélioration de la qualité des services ou mesures correctives	8	4

Motifs de plaintes comparables pour l'année 2011-2012 et 2012-2013



Nombre de plaintes par service – Année 2012-2013



7.5.2.1 Motifs de plaintes

- **Accessibilité**
  Le nombre d'insatisfactions à l'égard de l'accessibilité a connu une diminution au cours de la dernière année. Celles reçues cette année portaient principalement sur le délai d'attente à l'urgence.

- **Soins et services dispensés**
  Les insatisfactions portant sur les soins et services dispensés ont connu une augmentation importante par rapport à l'année précédente. Le manque ou l'absence de suivi est le principal écueil exprimé par la clientèle. Le suivi à domicile après une visite à l'urgence, les soins à domicile ou le suivi en cours d'hospitalisation sont en cause.

- **Relations interpersonnelles**
  On observe une diminution du nombre de plaintes portant sur les relations interpersonnelles. La promotion du Code d'éthique demeure un outil indispensable pour rappeler aux intervenants l'importance de l'humanisation des soins qu'ils dispensent. Chaque plainte a donné lieu à un rappel auprès des employés concernés.

- **Organisation du milieu et ressources matérielles**
  Le nombre de plainte est demeuré minime pour ce motif.

- **Aspect financier**
  Légère augmentation par rapport à l'année précédente. Les plaintes portent principalement sur l'application de la politique régionale de déplacement des usagers et la facturation des chambres privées et semi-privées.

- **Droits particuliers**
  Les plaintes en lien avec ce motif sont reliées principalement au choix de l'établissement, la confidentialité et le droit à l'information.

7.5.2.2 Recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2012-2013, des recommandations ou mesures correctives ont été émises à la suite du traitement des plaintes.

- Rappel sur l'application du code d'éthique des intervenants auprès du personnel de l'urgence, des services administratifs et d'accueil

- Mise en place d'une procédure pour le suivi de la clientèle ayant des besoins à domicile à la suite d'une visite à l'urgence

- Comité de travail mis en place à la suite de plusieurs chutes de la part de la clientèle au 3e étage de la RMAO

- Informations transmises à la clientèle sur différents services

7.6 Comité des usagers et comité des résidents

7.6.1 Liste des membres au 31 mars 2013

Comité des usagers	
Georgette Anctil	Vice-présidente
Huguette Bouillon	Secrétaire-trésorier
Normande Lafrance	Présidente
Jacques Lemieux	Représentant du comité des résidents
Jean-Claude Leclerc	Administrateur
Bertrand Martel	Administrateur

Comité des résidents	
Vivianne Couturier	Administratrice
Jean-Marc Joubert	Conseiller
Jacques Lemieux	Président et membres désigné au comité des usagers
Francine Ouellet	Secrétaire-trésorière
Marguerite St-Laurent	Administratrice
Odet Tremblay	Administratrice

Dès le début de l'année 2012-2013, le Comité des usagers du CSSS de La Matapédia et le Comité des résidents de la RMAO ont procédé à l'embauche d'une personne ressource à raison d'une journée par semaine afin d'être en mesure d'assurer un meilleur service au niveau du suivi des demandes. Les comités peuvent de plus compter sur l'expertise de l'organisateur communautaire du CSSS de La Matapédia qui agit à titre de répondant de l'établissement.

Un total de 13 réunions ont été tenues dont 10 régulières et 3 spéciales.

7.6.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Sujets traités lors de la rencontre d'avril 2012 - tenue de l'assemblée générale annuelle

- Présentation du rapport d'activités 2011-2012
- Élection d'administrateurs
- Modifications aux règles de fonctionnement
- Les comités ont souligné le 20e anniversaire de la RMAO
- Recommandation à la direction d'installer un guichet de paiement pour le stationnement qui permet de payer par carte de débit ou carte de crédit

Sujets traités lors de la rencontre de mai 2012

- Nomination des officiers des comités
- Présentation du projet: un plan d'action
- Mise en place d'un mode de recrutement de nouveaux bénévoles
- Recommandations sur:
    - l'impact des gestes et paroles du personnel de l'urgence à l'égard des usagers
    - le port d'uniforme en public et des mesures d'hygiène

Sujets traités lors de la rencontre de juin 2012

- Rencontre avec le directeur des soins infirmiers sur les mesures d'hygiène et les tenues vestimentaires
- Présentation du rapport annuel des comités des usagers et des résidents au conseil d'administration du CSSS
- Participation au projet: un calendrier pour les résidents

Sujets traités lors de la rencontre de septembre 2012

- Participation à la semaine des droits des usagers
- Élaboration du plan d'action
- Participation à la journée régionale des comités des usagers du Bas St-Laurent
- Poursuite des suivis des mini-sondages

Sujets traités lors de la rencontre d'octobre 2012

- Rencontre avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Présentation de la politique: un choix de soins, un dialogue qui chemine
- Début des publications de nos chroniques mensuelles dans les journaux locaux

Sujets traités lors de la rencontre de novembre 2012

- Présentation du logo des comités
- Avis à la direction générale pour leur proposer de publier un comparatif du temps d'attente à l'urgence avec celui des autres établissements de la région
- Acceptation du modèle de la carte de vœux des Fêtes pour les résidents

Sujets traités lors de la rencontre de décembre 2012

- Début de l'affichage sur le babillard près de la salle à manger de la RMAO du rapport d'activités 2011-2012 et des procès verbaux des rencontres des comités
- Distribution des cartes de vœux à tous les résidents des ressources publiques pour les personnes âgées de la Matapédia
- Participation au dîner de Noël des résidents
- Poursuite des suivis des mini-sondages

Sujets traités lors de la rencontre de janvier 2013

- Confirmation de la direction qu'un processus sera mis en place lors du départ d'un médecin de famille de la région
- Renouvellement de l'adhésion au Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)
- Lecture du code d'éthique du CSSS par les membres des comités en prévision de la révision

Sujets traités lors de la rencontre de février 2013

- Rencontre de présentation sur l'état d'avancement des travaux d'optimisation des services alimentaires
- Mise sur pied d'un formulaire qui permettra de vérifier le niveau d'appréciation des services à la RMAO par les résidents et leurs familles
- Participation à un dîner pour goûter et commenter le nouveau service alimentaire

Sujets traités lors de la rencontre de mars 2013

- Réalisation de deux entrevues pour la TVC d'Amqui
- Rencontre avec la direction sur les améliorations à apporter au nouveau service alimentaire à la résidence
- Rencontre avec le Regroupement des comités des usagers du Bas-St-Laurent
- Poursuite des suivis des mini-sondages

Revenus	Surplus budgétaires 2012-2013	6 462,38 $ 13 426,00 $
Total des revenus		**19 888,38 $**
Total des dépenses		**12 949,53 $**
Excédent des revenus sur les dépenses au 31 mars 2013		**6 938,85 $**

Pour l'année 2013-2014, les comités des usagers et des résidents prévoient réaliser les objectifs suivants :

- Embaucher une nouvelle personne ressource
- Assurer une présence continue au bureau du comité
- Retravailler la structure des officiers des comités en raison de la poursuite des rencontres communes
- Poursuivre nos efforts de visibilité auprès de la population (chroniques dans les journaux locaux, entrevues à la TVC d'Amqui, ...)
- Compiler les résultats du questionnaire sur l'appréciation des services à la RMAO
- Organiser et tenir la rencontre des comités des usagers du Bas-St-Laurent
- Poursuivre les efforts et les actions concrètes afin de bien représenter les intérêts des usagers du CSSS de La Matapédia et des résidents de la RMAO
- Maintenir les collaborations et les relations de travail avec les représentants du CSSS de La Matapédia

7.7 Comité de gestion des risques

7.7.1 Liste des membres au 31 mars 2013

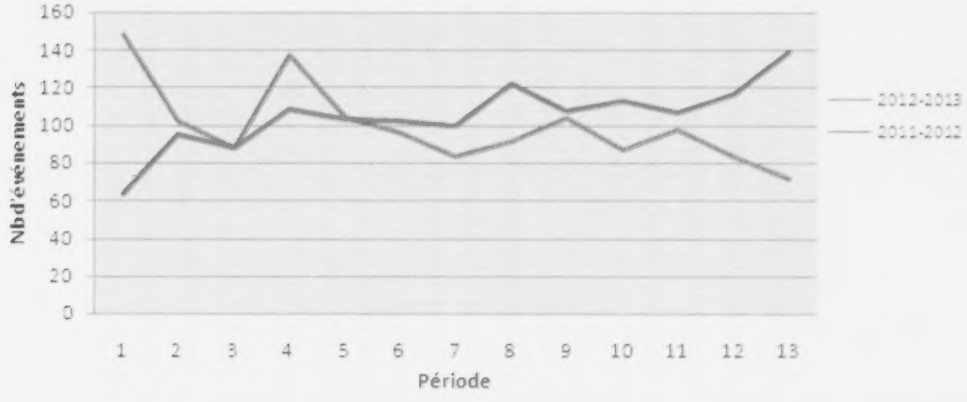
Comité de gestion des risques	
Annie Guimond	Représentant du conseil multidisciplinaire
Linda Poirier	Représentante du CECII
Mylène Guénard	Infirmière en prévention des infections
Dre Isabelle Brochu	Représentante du CMDP
Gino Beaudoin	Directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
Jean-Claude Leclerc	Représentant des usagers
Bertin Lévesque	Directeur des soins infirmiers et de la santé publique
Alain Paquet	Directeur général

7.7.2 Nombre d' événements par période

Nous avons observé une diminution de 5% des incidents-accidents pour l'année 2012-2013. Il s'agit de la 1re diminution depuis la mise en place du programme de gestion des risques dans l'organisation.

	Période														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Moyenne
2012-2013	148	102	88	137	104	96	84	92	104	87	98	84	72	1296	100
2011-2012	64	95	88	109	103	102	100	122	108	113	107	117	139	1367	105

La hausse remarquée à la période 4 concorde avec la mise en place d'Unidose à la RMAO. Pour ce qui est de la période 1, le nombre de jour de cette année est de beaucoup supérieur à l'année 2011-2012.



7.7.3 Nombre d'événements par type par période

Les erreurs reliées aux médicaments sont le type d'incident-accident le plus élevé pour la première année au CSSS de La Matapédia. On note une hausse de 6%, pour un total de 534 en 2011-2012 et un total de 566 en 2012-2013.

Concernant les chutes, on note une baisse de 24%, pour un total de 544 en 2011-2012 et un total de 411 en 2012-2013.

	Autre	Chute	Diète	Équipement	Lié à l'usager	Matériel	Médicament	Possibilité d'abus	Test diagnostique	Traitement	Total
1	35	38		2	4	1	62	2	3	1	148
2	15	29			5	2	44	3	2	2	102
3	13	26			1	2	38	1	5	2	88
4	17	50				2	61	2	5		137
5	6	30	1	1	3	2	51	5	1	4	104
6	13	36		1	1	1	35	2	4	3	96
7	6	31		1			44	1	1		84
8	17	26		1	4		36	3	1	4	92
9	15	29	1	1	2	2	49	4	1		104
10	8	27		1	6		38	4	3		87
11	14	36					43	1	2	2	98
12	11	26	2				40		4	1	84
13	14	27	1		2	1	25	1		1	72
Total	184	411	5	8	28	13	566	29	32	20	1296

7.7.4 Nombre d'événements par type par gravité

Deux évènements graves sont survenus à la RMAO. Un comité a été mis en place pour analyser la situation à la RMAO et en dégager des pistes d'amélioration.

Malgré que les erreurs de médication représentent le type d'évènement le plus élevé, les chutes demeurent le type d'évènement avec les conséquences les plus graves.

À la page suivante, un tableau présente le nombre d'événements par type, par gravité.

⊟ Type d'événement	⊟ Niveau de gravité									
	A	B	C	D	E1	E2	F	I	ND	Total
Autre	37	74	49	13	10	1				184
Chute		4	274	95	21	9	5	2	1	411
Diète		1	3	1						5
Équipement	1	2	3	2						8
Lié à l'usager		9	18						1	28
Matériel	4	4	2	3						13
Médicament	17	107	427	14	1					566
Possibilité d'abus	1	2	21	5						29
Test diagnostique		7	22	3						32
Traitement			19	1						20
Total	60	210	838	137	32	10	5	2	2	1296

Ci-dessous, la définition de chaque niveau de gravité.

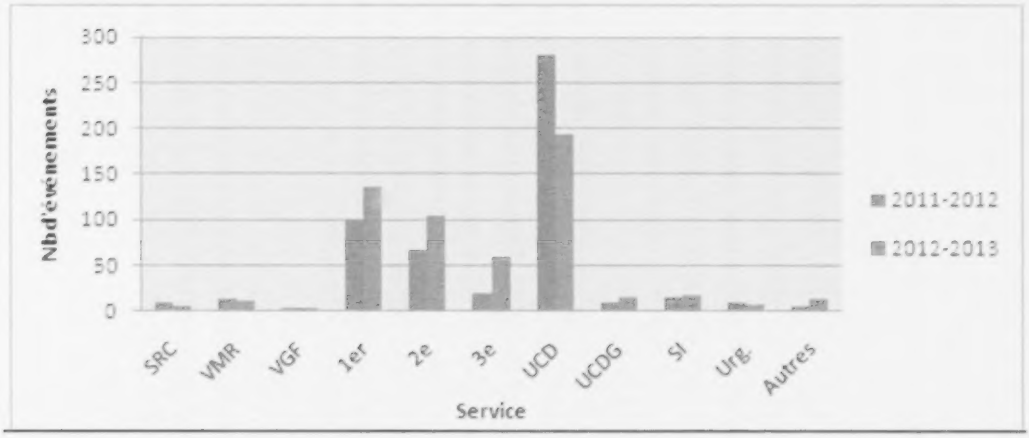
INDICE DE GRAVITÉ
INCIDENT
A – Circonstances ou événements qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risque)
B – Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle)
ACCIDENT
C – Erreur (incluant omission) atteint la personne mais ne lui cause pas de conséquence, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelle
D – Personne atteint, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquence/intervention requise pour prévenir les conséquences.
E1 – Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non-spécialisés, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation
E2 – Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation
F - Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation
G – Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne
H – Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie
I – Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne
NON DÉTERMINÉ

7.7.5 Accidents-incidents de médicaments par service

On note une hausse de 61 % des erreurs de médicaments à la RMAO. Ce chiffre important s'explique par la mise en place du système Unidose en soins de longue durée qui permet un constat plus rapide des erreurs. Malgré l'augmentation importante du nombre d'erreurs, la gravité de celles-ci n'a pas augmentée. En effet, la très grande majorité des erreurs observées étaient reliées aux erreurs d'omission et aux délais de distribution. Un comité de travail a analysé les possibilités d'amélioration et la distribution des médicaments est bien encadrée par le chef de secteur et la conseillère clinique en soins infirmiers.

D'un autre côté, on observe une diminution des erreurs de médicament de 31 % en courte durée.

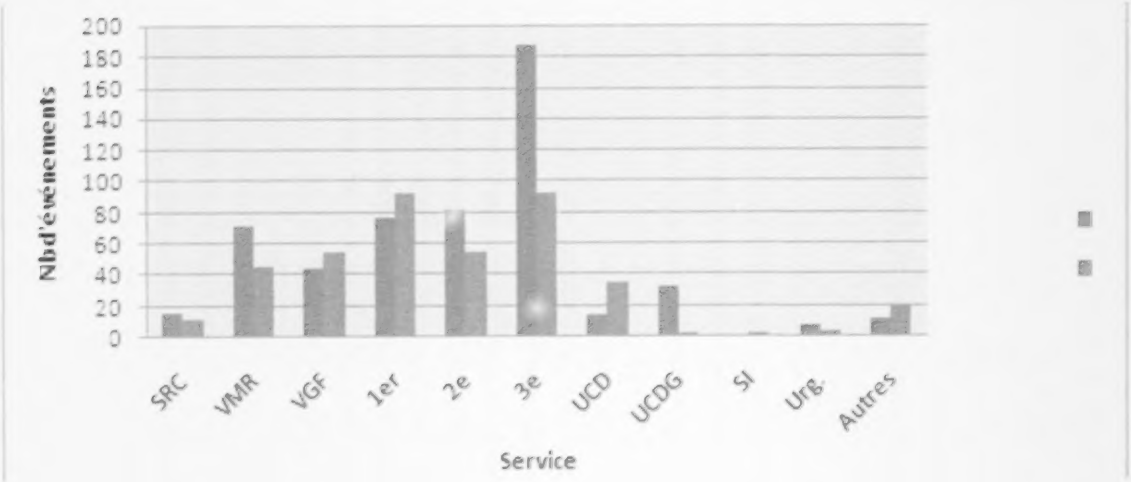
	R.I.			RMAO			C.H.					
	SRC	VMR	VGF	1er	2e	3e	UCD	UCDG	SI	Urg.	Autres	
2012-2013	6	11	4	136	105	59	194	15	17	7	13	
TOTAL	21			300			233				13	567
2011-2012	10	13	3	99	68	19	280	10	16	10	6	
TOTAL	26			186			316				6	534



7.7.6 Accidents-incidents de chutes par service

Les chutes à la RMAO ont diminué globalement de 31 % au cours de la dernière année. Malgré que nous ayons eu des chutes avec conséquence grave cette année à l'unité 3 de la RMAO, les chutes ont diminuée de 51 % sur cette unité.

	R.I.			RMAO			C.H.					
	SRC	VMR	VGF	1er	2e	3e	UCD	UCDG	SI	Urg.	Autres	
2012-2013	12	45	54	92	54	92	35	2	2	4	19	
TOTAL	111			238			43				19	411
2011-2012	16	72	44	76	82	187	14	33	0	8	12	
TOTAL	132			345			55				12	544



7.7.7 Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique

Un tableau de bord est préparé mensuellement sur l'état de situation des infections nosocomiales dans l'établissement et est présenté au conseil d'administration de même qu'au comité de gestion des risques.

Le portrait de situation sur les types d'infections sous surveillance révèle ce qui suit, pour les deux dernières années de référence :

Type d'infection nosocomiale		2012-2013	2011-2012
ERV	Nombre de tests effectués	4 cas 4 809 tests	27 cas 1 266 tests
C Difficile	Catégorie I	7 cas	17 cas
	Catégorie IIA	1 cas	6 cas
	Catégorie IIB	2 cas	3 cas
	Catégorie III	2 cas	2 cas
	Catégorie IV	1 cas	0 cas
	Récidive	0 cas	15 cas
SARM	Catégorie 1	11 cas	15 cas
	Catégorie 2A	5 cas	5 cas
	Catégorie 2B	4 cas	4 cas
	Catégorie 2C	4 cas	5 cas
	Catégorie 3	4 cas	10 cas
	Catégorie 4	0 cas	1 cas

Catégorie **1:** cas relié à l'installation déclarante
Catégorie **2:** Cas d'origine nosocomiale non relié à l'instllation déclarante ; peut être
2A: Cas d'origine nosocomiale relié à un séjour dans une autre installation
2B: Cas d'origine nosocomiale relié aux soins de longue durée/ psychiatrique/ réadaptation/ UNN du CSSS de l'insatallation déclarante.
2C:rélié au soins ambulatoire de l'installation déclarante
Catégorie **3:** Cas d'origine non nosocomiale
Catégorie **4:** Cas d'origine inconnue

Un comité de prévention des infections supporte les orientations à suivre en matière de surveillance, de prévention, de dépistage et de reddition. La composition du comité pour 2012-2013était la suivante :

Comité de prévention des infections	
Jean Martin	Médecin
Harold Bernatchez	Médecin consultant
Linda Poirier	Conseillère clinique en soins infirmiers
Annick Chouinard	Conseillère clinique en soins infirmiers
Mylène Guénard	Infirmière en prévention des infections
Joseph Arsenault	Chef des services techniques et des installations
Linda Gagnon	Assistante chef au laboratoire
Bertin Lévesque	Directeur des soins infirmiers

Des interventions en prévention des infections sont faites de manière permanente dans notre établissement.

7.8 Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration

Lors de l'entrée en fonction des nouveaux membres du conseil d'administration en janvier 2012, un nouveau comité a été créé soit le comité de gouvernance et d'éthique. Ce comité composé de 5 membres du conseil d'administration dont le directeur général a principalement réalisé les mandants suivants au cours de l'exercice 2012-2013 :

- Révision du règlement de régie interne du Conseil d'administration
- Élaboration de politiques et de procédures reliées à la gouvernance du Conseil
- Détermination du profil attendu de compétences des administrateurs
- Analyse des résultats du processus d'évaluation du Conseil d'administration

La composition de ce comité au 31 mars 2013 est la suivante :

Comité de gouvernance et d'éthique	
Jeanne D'Arc Voyer	Présidente du conseil d'administration
Geneviève Morin	Administratrice
Nancy Bérubé	Administratrice
Alain Paquet	Directeur général
Poste vacant	

Le comité s'est réuni à 3 reprises en 2012-2013.

ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

8. ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

8.1 Rapport de l'auditeur indépendant – exercice terminé le 31 mars 2013

MALLETTE

Mallette

Téléphone

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de Santé et des Services Sociaux de la Matapédia

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de Santé et des Services Sociaux de la Matapédia (ci-après «l'établissement») pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2013 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'établissement.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, «Mission visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, «Immobilisations corporelles louées», il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort considérable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des actifs nets (dette nette), gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

Autre point

Le 1er avril 2012 une nouvelle norme de comptabilisation des paiements de transfert est entrée en vigueur (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public). Une discussion quant à l'interprétation de cette norme est présentement en cours entre différentes instances. Le Ministère de la santé et des services sociaux est d'avis que l'application de cette norme n'entraine aucun impact pour les établissements du secteur de la santé (voir note 3 de la page 270). Le présent rapport annuel a donc été établi en ce sens. La profession ne s'étant pas encore positionner quant à l'interprétation de ce chapitre, il est présentement impossible d'évaluer les modifications qui pourraient survenir. Toute modification, s'il y a lieu, sera comptabilisée dans l'exercice alors en cours.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Amqui (Québec)
Le 21 juin 2013

---

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A110968

8.2 État des résultats – exercice terminé le 31 mars 2013

Tous les fonds — Exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉ

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exploitation	Immobilisations	Total	
		Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P1:P468)	01	36,140,992	2,138,115	38,279,107	[illegible]
Subventions Gouvernement du Canada (P1:P294)	02				
Contributions des usagers	03	2,222,655	xxxx	2,222,655	2,035,341
Ventes de services et recouvrements	04	358,649	xxxx	358,649	375,891
Donations (P1:P294)	05		77,782	77,782	79,501
Revenus de placement (P1:P302)	06	12,747		12,747	14,613
Revenus de type commercial	07	168,969	xxxx	168,969	152,178
Gain sur disposition (P1:P302)	08				
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (P1:P302)	11	285,414	5,701	291,115	379,309
TOTAL (L.01 à L.11)	12	39,228,446	2,221,612	41,450,058	41,231,841
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	26,684,721	xxxx	26,684,721	26,785,814
Médicaments	14	1,374,998	xxxx	1,374,998	1,205,477
Produits sanguins	15	546,513	xxxx	546,513	549,175
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1,098,685	xxxx	1,098,685	945,932
Denrées alimentaires	17	353,010	xxxx	353,010	331,565
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1,848,547	xxxx	1,848,547	1,793,749
Frais financiers (P1:P325)	19	1,061	371,405	372,466	443,513
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	231,967	25,322	257,289	335,377
Créances douteuses	21	4,241	xxxx	4,241	5,258
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (P1:P422)	23	xxxx	1,295,694	1,295,694	1,242,299
Perte sur disposition d'immobilisations (P1:P420, 421)	24	xxxx			
	25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (P1:P325)	27	6,311,586		6,311,586	5,336,285
TOTAL (L.13 à L.27)	28	38,454,739	1,692,331	40,147,070	39,967,433
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	773,707	529,281	1,302,988	1,267,408

Colonne 2: établissements publics seulement

SOURCE : Page 200 du rapport financier annuel AS-471

8.3 État des surplus (déficits) cumulés tous les fonds
exercice terminé le 31 mars 2013

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉ

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation Ex. courant	Immobili... Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.....01	153,597	1,627,275	1,780,872	207,853
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser).....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) ..Paiement du déficit accumulé au 03		(542,411)	(542,411)	305,612
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03).....04	153,597	1,084,864	1,238,461	513,464
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE.....05	771,707	529,281	1,302,988	1,267,408
Autres variations:				
Transferts interétablissements (préciser).....06				
Transferts interfonds (préciser) ..VOIR NOTE 01 PAGE 29707	(46,725)	46,725	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser).....08		XXXX		
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Total des autres variations (L.06 à L.09).....10	(46,725)	46,725	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10).11	880,579	1,660,870	2,541,449	1,780,872
Constitués des éléments suivants:				
Affectations d'origine externe.....12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne.....13	XXXX	XXXX	264,822	151,870
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13).....14	XXXX	XXXX	2,276,627	1,629,002
Total (L.12 à L.14).....15	XXXX	XXXX	2,541,449	1,780,872

SOURCE : Page 202 du rapport financier annuel AS-471

8.4 État de la situation financière
exercice terminé le 31 mars 2013

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AMENDÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

		Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	01	369,649	142,127	1,136,766	1,927,350
Placements temporaires	02				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408)	03	3,613,769	102,284	2,916,053	3,291,541
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400)	04	270,945	18,178	289,123	517,721
	05	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	06	(20,084)	20,084	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408)	07	3,180,705	11,683,104)	1,497,601	69,917
Placements de portefeuilles	08				
Frais reportés liés aux dettes	09		38,919	38,919	21,114
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)	12	31,174		31,174	
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	7,266,148	(1,356,313)	5,909,836	4,848,241
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403)	14	400,000		400,000	
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)	15	0			
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)	16	3,003,878	252,970	1,256,848	1,106,978
Avances de fonds en provenance de l'agence enveloppes décentralisées	17	XXXX	847,101	847,101	618,659
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)	18		102,284	102,284	138,456
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)	19	1,852,946	1,112,136	2,165,082	2,041,114
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)	21		11,582,931	11,582,931	13,119,485
Passifs environnementaux	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	3,299,983		3,299,983	2,792,378
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)	25				14,555
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	7,756,807	15,892,422	21,649,429	22,051,735
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26)	27	(490,659)	(17,248,934)	(17,739,593)	(17,203,492)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)	28	XXXX	18,909,804	18,909,804	17,514,217
Stocks de fournitures (FE: p360)	29	1,019,617	XXXX	1,019,617	1,959,810
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)	30	351,601		351,601	410,137
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	1,471,218	18,909,804	20,281,042	19,984,364
CAPITAL ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	980,559	1,660,870	2,541,449	1,780,872

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-05)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.1: le montant doit être égal à zéro
L.32 - applicable aux établissements privés seulement

SOURCE : Page 204 du rapport financier annuel AS-471

8.5 État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)
exercice terminé le 31 mars 2013

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉ

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Fonds		Total	
	Exploitation 1	Immobilisations 2	Ex. courant (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS 01	(1,316,049)	(15,887,442)	(17,201,491)	(17,846,231)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures 02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures 03		(542,411)	(542,411)	305,612
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 À L.03) 04	(1,316,049)	(16,429,853)	(17,745,902)	(17,540,619)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29) 05	773,767	629,281	1,402,988	1,267,488
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions (FI:P421) 06	XXXX	(2,690,691)	(2,690,691)	(2,037,861)
Amortissement de l'exercice (FI:P422) 07	XXXX	1,295,604	1,295,604	1,242,290
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208) 08	XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P206) 09	XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420,421-00) 10	XXXX			
Ajustements des immobilisations (FI:P420, 421-09) 11	XXXX	XXXX	XXXX	
12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 À L.13) 14	XXXX	(1,395,087)	(1,395,087)	(795,571)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures 15		XXXX		(215,370)
Acquisition de frais payés d'avance 16				
Utilisation de stocks de fournitures 17	39,873	XXXX	39,873	
Utilisation de frais payés d'avance 18	58,535		58,535	80,660
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 À L.18) 19	98,408		98,408	(134,710)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés 20	(46,725)	46,725	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20) 21	825,390	(819,081)	6,309	337,127
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21) 22	(490,659)	(17,248,934)	(17,739,593)	(17,203,492)

SOURCE : Page 206 du rapport financier annuel AS-471

8.6 État des flux de trésorerie
exercice terminé le 31 mars 2013

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉ

État des flux de trésorerie

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	01	1,302,986	1,267,408
Éléments sans incidence sur la trésorerie:			
Cancen douteuses	02	4,241	5,258
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	03		
Stocks et frais payés d'avance	04	98,408	(134,719)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	05		
Perte (Gain) sur disposition de placement	06		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations			
Gouvernement du Canada	07		
Autres	08	(78,592)	(390,932)
Amortissement des immobilisations	09	1,295,604	1,242,290
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11	7,915	
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		xxxx
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		xxxx
Autres	14		
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie (L.02 à L.14)	15	1,327,571	721,906
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	(327,074)	(1,171,828)
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	2,303,485	817,486
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(2,690,691)	(2,037,861)
Produits de disposition	19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(2,690,691)	(2,037,861)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuilles			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(1,428,584)	389,596
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(1,428,584)	389,596

Tous les fonds — Exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

État des flux de trésorerie (suite)

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Variation des dettes:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	01	10,505,507	7,421,281
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	02		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	04	(824,916)	(564,131)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	05	(4,974,774)	(1,337,393)
Capitalisation de l'escompte et de la prime	05		
Capitalisation des gains ou pertes de change	06		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	07	600,000	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	08		
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	09		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10		
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11	(5,143,271)	(5,278,543)
Variations d'autres éléments:			
Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12)	13	863,448	331,215
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (F.208 00, L.17=L.20+L.25 ; F.208 01, L.13)	14	(952,344)	(709,564)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	2,079,289	582,074
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	1,126,945	(26,690)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	1,126,945	2,079,289
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
Total (L.17 + L.18)	19	1,126,945	2,079,289
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Immobilisations:			
Comptes à payer sur les immobilisations	20	252,970	
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	21		
Intérêts encaissés (revenus)	22	12,820	
Intérêts débiteurs (dépenses)	23	102,284	
Intérêts déboursés (dépenses)	24	399,676	
Placements temporaires			
Échéance inférieure ou égale à 1 mois			
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		
Échéance supérieure à 1 mois:			
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
Placements effectués	28		
Placements réalisés	29		
Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.27 + L.28 - L.29)	30		

SOURCE : Pages(2)208 du rapport financier annuel AS-471

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat d'offrir les services d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, un centre local de services communautaires et un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Le siège social du centre est situé à Amqui. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la Matapédia.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est à dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des agences ou de d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'établissement, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assorti de stipulations à respecter imposés par le cédant. L'établissement comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. Au 31 mars 2013, le CSSS de La Matapédia ne possède pas de terrain inventorié faisant partie des passifs environnementaux.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stock

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

- le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;

- activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;

- les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	52 880 $	445 432 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	44 435	445 432
Charges-avantages sociaux	44 435	48 963
Subventions - MSSS	52 880	48 963

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles à l'exception du traitement des subventions au fonds d'immobilisations.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	(963 429) $
Subventions - Gouvernement du Québec	963 429

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S 4.2) et à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E 12.0001), l'établissement a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités du Fonds d'immobilisations.

Les prévisions budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration relatives aux activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation sont comparées aux données réelles correspondantes :

		Réel	Budget
		1	2
ACTIVITÉS PRINCIPALES :			
Revenus			
Financement de l'Agence ou du MSSS			
Budget net avec incidence sur trésorerie	01	33 362 743 $	31 615 277 $
Rectificatif (au net)	02	(84 010)	(61 850)
Budget sans incidence sur la trésorerie :	03		
Produits sanguins	04	668 881	605 479
Rénovations fonctionnelles mineures (RFC)	05		
Augmentation (ou diminution) du financement	06	1 865 640	1 982 362
Variation des revenus reportés	07	326 746	337 595
Sous-total (L.01 à L.07)	08	36 140 802	34 478 863
Revenus provenant des usagers	09	2 222 665	2 066 000
Revenus d'autres sources	10	106 100	127 000
Autres revenus non budgétisés	11	434 257	333 577
Total des revenus (L.08 à L.11)	12	38 903 824 $	37 005 440 $
Charges			
Coûts directs bruts des centres d'activités ou sous-centres d'activités	13	37 501 484 $	37 087 621
Transferts de frais généraux	14	(10 616)	(10 400)
Charges non réparties	15	757 530	151 610
Total des charges (L.13 à L.15)	16	38 248 398	37 228 831
Surplus (déficit) des activités principales avant contributions de l'avoir propre et interfonds (L.12 - L.16)	17	654 626	(223 391)
Contributions de l'avoir propre et interfonds (au net) (préciser)...VOIR NOTE 01 PAGE 297	18	(46 725)	135 000
Surplus (déficit) des activités principales après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.17 + L.18)	19	607 901	(88 391)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES			
Revenus	21	325 422	171 866
Charges	22	206 341	83 475
Surplus (déficit) des activités accessoires (L.21 - L.22)	23	119 081 $	88 391 $
Surplus (déficit) du fonds d'exploitation après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.19 + L.23)	24	726 982 $	0 $

NOTE 5 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

Au cours de l'exercice financier terminé le 31 mars 2013, la Fondation Action-Santé de la Matapédia a contribué au financement d'équipements médicaux spécialisés pour un montant de 325 $ ainsi qu'au versement de bourses d'étude pour 4 000 $.

Deux gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia siègent au conseil d'administration de la Fondation Action-Santé.

Lors de la campagne annuelle de financement de la Fondation Action-Santé qui se tient normalement au printemps, le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia offre le support technique nécessaire à la préparation de la conférence de presse soulignant officiellement le début de la période de financement.

Le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia met à la disposition de la Fondation Action-Santé un espace bureau réservé facilitant ainsi la réalisation des activités liées à la mission de la Fondation.

Au 31 mars 2013, la Fondation Action Santé possédait des actifs nets non affectés au montant de 345 106 $. Ces sommes accumulées serviront dans le futur à financer les acquisitions des équipements médicaux spécialisés requis par le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia et contribueront ainsi au mieux-être de la collectivité matapédienne.

NOTE 6 - ENGAGEMENTS

1- L'Établissement s'est engagé par bail pour les locaux au 558 St Jacques Nord à Causapscal. Le bail, d'une durée de 10 ans, fera l'objet d'une approbation de l'Agence de santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Le solde de l'engagement au 31 mars 2013 suivant ce bail s'établit à 130 920 $. Le paiement minimum exigible au cours du prochain exercice est le suivant:

2013-2014 = 13 092 $

2- L'Établissement s'est engagé par bail pour les locaux au 7 rue Saindon à Sayabec. Le bail, d'une durée de 180 mois, a fait l'objet d'une approbation de l'Agence de santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Le solde de l'engagement au 31 mars 2013 suivant ce bail s'établit à 1 821 369 $. Le paiement minimum exigible au cours du prochain exercice est le suivant:

2013-2014 = 134 088 $

3- L'Établissement s'est engagé par bail pour les locaux au 125 Principale à St-Moïse. Le solde de l'engagement au 31 mars 2013 suivant ce bail s'établit à 10 462 $. Le paiement minimum exigible au cours du prochain exercice est le suivant:

2013-2014 = 10 462 $

4- L'Établissement s'est engagé par bail avec la Société immobilière du Québec (SIQ) pour les locaux au 6, rue Turbide, Lac-au-Saumon. Le bail est d'une durée de quinze ans commençant le 1er avril 2000 et se terminant le 31 mars 2015.

Les paiements exigibles au cours des deux prochains exercices sont les suivants :

Loyer annuel de base = 455 580 $ ajusté chaque année des frais financiers et de tous les autres frais convenus entre la C.H.Q. et les représentants du ministère pour un total de 911 160 $ avant indexation.

5- L'Établissement s'est engagé par contrat pour la location d'équipements tels des photocopieurs et un équipement d'analyse au laboratoire (minividas) pour un montant de 27 437 $.

6- L'Établissement s'est engagé auprès de différents fournisseurs relativement à l'exécution de contrats relatifs à l'approvisionnement de biens et services jusqu'en 2019 pour un montant de 1 470 169 $.

NOTE 7 - ÉVENTUALITÉS

1 Réglements de griefs 10 500 $

NOTE 8 - BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

Le CSSS de La Matapédia gère pour le bénéfice de ses usagers hébergés en CHSLD des sommes en fiducie. Au 31 mars 2013, la totalité de ces avoirs représente 564 $.

SOURCE : Pages (11) 270 du rapport financier annuel AS-471

9. ÉTAT DE SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire	2011-2012	R	Respect de la position du MSSS	R		
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition	2011-2012	R	Respect de la position du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
n/a						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
n/a						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
L'établissement n'a pas reçu les analyses financières des exercices 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011	2011-2012	C	Analyses financières reçues et acceptées	R		
Rapport à la gouvernance						
n/a						

CODE D'ÉTHIQUE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le code d'éthique du CSSS de La Matapédia a été adopté initialement le 4 juillet 2007 et un rappel de son contenu est fait régulièrement au conseil d'administration.

Au cours de l'exercice 2012-2013, aucun élément particulier n'est à signaler.

Le comportement des administrateurs a été en tout point conforme aux bonnes règles de gouvernance et aux dispositions prévues au code d'éthique des administrateurs.

Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CSSS de la Matapédia

Adopté par le conseil d'administration du CSSS de La Matapédia le 15 mai 2007

Note : le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

3Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 04

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 04

DEVOIRS ET OBLIGATIONS 04

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES

À LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS 07

IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS 08

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION 09

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT 10

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE 11

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE 12

DISPOSITIONS DIVERSES 13

ANNEXE A – ENGAGEMENT PERSONNEL

ANNEXE B – PRESTATION DE DISCRÉTION

PRÉAMBULE

La gestion d'un établissement public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. C'est dans ce contexte et afin de se conformer à la Loi[1] que les membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia adoptent le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia adhèrent. Il prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia (ci-après désigné le CSSS) dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

(Article 3.0.4, 2e alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;

2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (Article 321 du Code civil du Québec);

3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert le CSSS autant que dans celui du CSSS

même (Article 174, Loi sur les services de santé et les services sociaux et article 322 du Code civil du Québec);

4. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;

5. Le membre doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;

6. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;

7. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité;

8. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;

9. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération;

10. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration;

11. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions;

12. Le membre, avant de prendre parole, doit obtenir du président le droit de parler et, lors de son intervention, doit éviter les écarts de langage et restreindre ses remarques à la question sous considération;

13. Le membre doit s'abstenir de faire du bruit durant les réunions, de causer avec d'autres et doit écouter attentivement, sans l'interrompre, le membre qui a la parole;

14. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances;

15. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration;

16. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration mais, par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration;

17. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion;

18. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et/ou de l'établissement. À cet effet, le membre :

    18.1 Doit éviter de discuter de problème(s) de gestion interne avec une ou des personnes à l'emploi de l'établissement, en demandant que tel(s)problème(s) soit (soient) soumis au supérieur immédiat de la ou despersonnes concernées;

    18.2 Doit recommander à toute personne à l'emploi de l'établissement, demandant à le rencontrer pour discuter d'un sujet relatif à l'établissement, de rencontrer son supérieur immédiat dansl'établissement;

    18.3 Doit rapporter au directeur général et/ou au président duconseil d'administration toute question relative à l'établissement qu'il estime être d'intérêt qu'elle soit portée à l'attention duconseil d'administration;

    18.4 Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration;

    18.5 Doit s'efforcer d'avoir des relations harmonieuses avec les autres membres;

    18.6 Doit éviter de discréditer les autres membres et/ou le conseil d'administration et/ou l'établissement et/ou son personnel et refuser de participerà tout mouvement, écrit ou action quelconque à cet effet;

    18.7 Doit éviter tout acte qui pourrait porter préjudice à l'établissement.

19. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'il administre et de la population desservie;

20. Le membre doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance. L'intégrité, le désintéressement, l'impartialité, le dévouement et le désir de respecter les priorités et les orientations de l'établissement sont des qualités qui doivent guider le membre dans l'exercice de sa fonction.

21. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'établissement. En pareilles circonstances préjudiciables, le membre devrait remettre sa démission.

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 1, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

22. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie de l'établissement et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'annexe A du présent code;

23. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires. Le membre ne doit pas obéir à des préoccupations personnelles, mais doit toujours rechercher le bien de l'établissement;

24. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

25. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'établissement;

26. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement, doit sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général dans les 60 jours suivant son élection ou sa nomination ou dès que sa situation change. Le fait pour un membre d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée à l'article 5 ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si le membre en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières;

27. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;

28. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

(Article 3.04, 2e alinéa, paragraphe 2, Lois sur le ministère du Conseil exécutif)

29. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'établissement;

30. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause. Le membre doit dénoncer par écrit au président du conseil d'administration ou au directeur général toute situation réelle, potentielle ou apparente de conflit d'intérêts ou toute autre circonstance spéciale qui risque raisonnablement de mettre en doute son impartialité afin que soient prises les mesures propres à sauvegarder l'intérêt de l'établissement;

31. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :

    31.1 Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisseêtre porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés;

    31.2 N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :

        31.2.1 Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre, dans une entreprise qui traite ouest susceptible de traiter avec l'établissement;

        31.2.2 Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avecl'établissement;

        31.2.3 Utilise le nom de l'établissement, ses symboles ou emblèmes de même que son rôle à titre de membre à desfins personnelles;

        31.2.4 Participe à l'embauche ou à la promotion, à l'établissement, d'un membre de sa famille et/ou d'autres personnes avec qui il est lié;

        31.2.5 Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dansl'exercice de ses fonctions à titre de membre;

        31.2.6 Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes et/ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'adminis-tration.

32. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue;

33. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;

34. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;

35. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui;

36. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en aviser le président du conseil d'administration.

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 3, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

37. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

38. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services du CSSS selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens du CSSSavec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CSSS ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur. (Article 323 du Code civil du Québec).

39. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

    Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives;

40. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une

commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

41. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement. (Article 165, Loi sur les services de santé et les services sociaux);

42. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu. (Article 3.0.6, Loi sur le ministère du conseil exécutif).

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 4, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

43. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur;

44. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateurs ou de nuire aux intérêts du CSSS;

45. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès du CSSS.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

46. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entrainer l'imposition d'une sanction;

47. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

48. Le président ou le vice-président désigne trois personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportement susceptible d'être dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie;

49. Les personnes visées à l'article précédent peuvent provenir de l'extérieur de la MRC de La Matapédia si le président ou le vice-président l'estiment nécessaire pour assurer la qualité de l'enquête;

50. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;

51. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation;

52. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;

53. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;

54. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

55. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné, ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction;

56. Le conseil d'administration tient une rencontre spéciale à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion;

57. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée;

58. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et imposer les sanctions. (Article 3.0.5, Loi sur le ministère du conseil exécutif);

59. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe B du présent code.

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

(Article 3.0.4, 3e et 4e alinéas, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

60. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;

61. L'établissement doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et qu'il est disponible auprès de la direction générale;

62. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

    62.1 Du nombre et de la nature des signalements reçus;

    62.2 Du nombre de cas traités et de leur suivi respectif;

    62.3 Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions im posées si sanctions;

Des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

DISPOSITIONS DIVERSES

63. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration;

64. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé aux trois ans ou lorsque les circonstances le justifient;

65. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration du CSSS de la Matapédia.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA MATAPÉDIA

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

ANNEXE A – ENGAGEMENT PERSONNEL

(a. 22 du présent code)

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia et je m'engage à m'y conformer.

Signature **Date**

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA MATAPÉDIA

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

ANNEXE B – PRESTATION DE DISCRÉTION

(a. 59 du présent code)

Je, _____, jure (ou affirme solennellement) que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, quoique ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

_____ _____

Signature **Date**